

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914. — N° 101

---

*CONTRIBUTION A L'ÉTUDE*

DE LA

# Thérapeutique des Prolapsus génitaux

PARTICULIÈREMENT DE LA CYSTOCÈLE ET PAR BASCULE DE L'UTÉRUS

Avec SUTURE des LIGAMENTS RONDS aux RELEVEURS de L'ANUS

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 29 Janvier 1914

PAR

PAUL BOUCHUT

Né le 3 décembre 1888 à Labassère (Hautes-Pyrénées)



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C<sup>ie</sup>

14, rue Bellecordière, 14

---

1913-1914



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914 — N° 101

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Thérapeutique des Prolapsus génitaux

PARTICULIÈREMENT DE LA CYSTOCÈLE ET PAR BASCULE DE L'UTÉRUS

Avec SUTURE des LIGAMENTS ROUNDS aux RELEVEURS de L'ANUS

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 29 Janvier 1914

PAR

PAUL BOUCHUT

Né le 3 décembre 1888 à Labassère (Hautes-Pyrénées)



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET Cie

14, rue Bellecordière, 14

---

1913-1914

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. . . . . DOYEN.  
J. COURMONT. . . . . ASSESSEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,  
LEPINE, PIERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE

## PROFESSEURS

|                                                    |                 |
|----------------------------------------------------|-----------------|
| Cliniques médicales.....                           | MM. TEISSIER.   |
| Cliniques chirurgicales.....                       | ROQUE.          |
| Clinique obstétricale et Accouchements.....        | BARD.           |
| Clinique ophtalmologique.....                      | X...            |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques... | X...            |
| Clinique des maladies nerveuses et mentales.....   | FABRE.          |
| Clinique des maladies des enfants.....             | ROLLET.         |
| Clinique des maladies des femmes.....              | NICOLAS.        |
| Physique médicale.....                             | LEPINE J.).     |
| Chimie médicale et pharmaceutique.....             | WEILL.          |
| Chimie organique et Toxicologie.....               | POLLOSSON (A.)  |
| Matière médicale et Botanique.....                 | CLUZET.         |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....  | HUGOUNENQ       |
| Anatomie.....                                      | MOREL.          |
| Anatomie générale et Histologie.....               | MOREAU.         |
| Physiologie.....                                   | GUIART.         |
| Pathologie interne.....                            | TESTUT.         |
| Pathologie et Thérapeutique générales.....         | RENAUT.         |
| Anatomie pathologique.....                         | MORAT.          |
| Médecine opératoire.....                           | COLLET.         |
| Médecine expérimentale et comparée.....            | LESIEUR.        |
| Médecine légale.....                               | PAVIOF          |
| Hygiène.....                                       | POLLOSSON (M.)  |
| Thérapeutique.....                                 | COURMONT (P).   |
| Pharmacologie.....                                 | ETIENNE MARTIN. |
|                                                    | COURMONT (J.).  |
|                                                    | PIC             |
|                                                    | FLORENCE        |

## PROFESSEURS ADJOINTS

|                                                 |            |
|-------------------------------------------------|------------|
| Physiologie, cours complémentaire.....          | MM. DOYON. |
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx..... | LANNOIS.   |
| Pathologie externe.....                         | VALLAS.    |
| Maladies des voies urinaires.....               | ROCHET.    |

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                              |                |         |
|----------------------------------------------|----------------|---------|
| Chimie minérale.....                         | MM. BARRAL,    | agrégé. |
| Propédeutique chirurgicale.....              | BERARD,        | —       |
| Propédeutique de gynécologie.....            | CONDAMIN.      | —       |
| Chirurgie infantile.....                     | NOVÉ-JOSSERAND | —       |
| Accouchements.....                           | COMMANDEUR,    | —       |
| Embryologie.....                             | LATARGET.      | —       |
| Anatomie topographique.....                  | PATEL,         | —       |
| Botanique.....                               | BRETIN.        | —       |
| Chirurgie expérimentale.....                 | VILLARD.       | —       |
| Clinique infantile.....                      | MOURIQUAND.    | —       |
| Déontologie et médecine professionnelle..... | X.             | —       |

## AGREGÉS

|               |                 |              |                   |
|---------------|-----------------|--------------|-------------------|
| MM.           | MM.             | MM.          | MM.               |
| BARRAL        | LATARGET        | MOURIQUAND   | FROMENT           |
| COMMANDEUR.   | BRETIN          | ARLOING (F.) | THEVENOT (Lucien) |
| NEVEU-LEMAIRE | LERICHE         | GUILLEMARD   | PIÉRY             |
| LAROYENN      | THEVENOT (Léon) | POLICARD     | COTTE             |
| VORON.        | TAVERNIER.      | GARIN        | DUROUX            |
| NOGIER.       | CADE            | SAVY         |                   |

M. BAYLE, Secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. Aug. POLLOSSON, président ; VILLARD, assesseur ;  
MM. COTTE et DUROUX, agrégés.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE  
DE MON GRAND-PÈRE

A MA COMPAGNE BIEN-AIMÉE

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de reconnaissance  
pour tous les sacrifices qu'ils se sont  
imposés pour mon éducation.*

A MON ONCLE CHARLES

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR  
A. POLLOSSON

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES FEMMES

*Qui nous a toujours accueilli avec la plus grande bienveillance et nous a fait le très grand honneur de présider notre thèse. Qu'il veuille bien accepter ici nos sincères remerciements et l'expression de notre respectueuse reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

PROFESSEUR DE CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE

A MESSIEURS  
LES PROFESSEURS AGRÉGÉS  
COTTE ET DUROUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR ABADIE

CHIRURGIEN EN CHEF A L'HOPITAL D'ORAN

*Qui a bien voulu s'intéresser à nous durant notre internat et nous guider dans le choix et la rédaction de notre sujet de thèse.*

*A Messieurs les Docteurs SOLAL et JOUTY, Médecin et Chirurgien en Chef à l'Hôpital d'Oran, dont les enseignements nous ont été si profitables.*

## INTRODUCTION

---

Nous avons eu, au cours de nos études médicales, l'occasion d'apprécier toutes les difficultés que comporte la cure des prolapsus et nous avons pu constater combien elle est délicate surtout lorsque le prolapsus est compliqué de cystocèle. La récurrence opératoire de cette dernière, d'après M. R.-L. Dickinson (1), se reproduirait dans un cinquième des cas et cela s'explique par le mauvais état des tissus des femmes qui en sont atteintes.

Ces considérations expliquent le grand nombre de traitements qui ont été opposés à cette affection. Quelques-uns ont donné des résultats immédiats, rares ont été ceux qui en ont donné de définitifs, la plupart ont causé de grandes déceptions.

---

(1) R.-L. Dickinson, « Prolapsus génitaux. La correction opératoire basée sur une étude nouvelle des plans de clivage et des zones de glissement ». *The American Journal of obst. and Diseases of Women*. Tome LXII, n° 311, juillet 1910.

Depuis que l'on a compris l'importance de l'appareil de soutien de la vessie et que l'on a cherché dans cette voie une méthode thérapeutique, on a fait cependant des progrès remarquables.

La recherche des différents plans du périnée postérieur et leur suture méthodique était déjà un perfectionnement notable, l'idée de Freund, de Schanta, de Wertheim d'inclure l'utérus entre la vessie et le vagin révolutionna la question. En Allemagne, elle suscita des applications fréquentes et un grand nombre de travaux. En France, elle fut étudiée dans les thèses de MM. Tirel (1) et Miguët (2), dans le travail de M. Martin (3), dans celui de M. Violet (4), dans la thèse de M. Peyrin (5).

En 1907, M. Delanglade (6) exposa le procédé de la suture antérieure des releveurs et en démontra l'utilité pratique et l'efficacité. Malheureusement, ce procédé si satisfaisant pour l'esprit demande des

---

(1) Tirel, « L'opération de Wertheim dans le traitement des prolapsus », thèse Paris, 1901.

(2) Miguët, « Une nouvelle opération contre les prolapsus génitaux. Opération de Schauta Wertheim », thèse Lyon 1907.

(3) « De l'utilisation plastique de l'utérus », *Revue de Chirurgie*, 1908.

(4) M. Violet, « L'utilisation plastique de l'utérus par inclusion intervesico-vaginale dans la cure des prolapsus génitaux », *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abd.*, n° 6, décembre 1909.

(5) Peyrin, thèse Lyon, 1911-1912.

(6) Rapport au Congrès de Gynécologie d'Obstétrique et de Pédiatrie, Alger, 1-6 avril 1907.

releveurs résistants, élastiques, ce qui se trouve rarement associé à la cystocèle.

En septembre 1910, au Congrès de Toulouse, M. Violet (1) fit une communication sur un sujet qui avait déjà fait l'objet d'études parues dans le *Lyon Chirurgical* (septembre 1909), et d'une communication à la Société des Sciences médicales de Lyon (avril 1909). Il exposait le rôle des tissus aponévrotiques dans la statique utéro-vaginale, assimilait la cystocèle à une hernie préutérine et tirait de ces données théoriques une méthode thérapeutique nouvelle.

L'apparition, en un temps aussi limité, de travaux aussi nombreux sur la même question prouve que celle-ci est encore à l'étude et, dans ces conditions, il nous a paru intéressant de comparer à toutes celles que nous venons de citer, la méthode originale que nous vîmes employer pendant notre séjour à l'hôpital d'Oran par M. le docteur Abadie dont nous eûmes l'honneur d'être l'interne. Cette méthode nous a semblé d'exécution élégante et facile et nous avons pu constater qu'elle donnait dans les mains de son auteur, de bons résultats. Nous la décrirons non pas comme une opération nouvelle, capable de transformer de fond en comble la thérapeutique des prolapsus, mais comme un procédé intermédiaire à ceux de Delanglade et de Schauta-Wertheim, s'ins-

---

(1) Les formes anatomiques et cliniques des prolapsus. Déductions thérapeutiques. Rapport au Congrès de Gyn., d'Obstétrique et de Pédiatrie. Toulouse, sept. 1910.

pirant de l'un et de l'autre pour essayer de les perfectionner l'un par l'autre et ayant permis chez neuf malades dont nous apportons les observations, de traiter avec succès des prolapsus complexes.

Nous avons divisé notre travail de la façon suivante :

CHAPITRE PREMIER. — Les conditions anatomiques et pathologiques de production des prolapsus.

CHAPITRE DEUXIÈME. — Les opérations dirigées contre les prolapsus avec cystocèle concomitante ou prédominante.

CHAPITRE TROISIÈME. — Exposé de la technique de l'opération « de la bascule antérieure de l'utérus avec suture des ligaments ronds aux releveurs de l'anus ».

CHAPITRE QUATRIÈME. — Observations.

CHAPITRE CINQUIÈME. — Résultats et indications.

Qu'il nous soit permis, avant d'entreprendre notre travail, de présenter l'hommage de notre sincère reconnaissance à M. le Dr Abadie, qui a bien voulu nous guider dans le choix et la rédaction de notre thèse ; à M. le Dr Violet, qui nous a accueilli avec la plus grande bienveillance et ne nous a ménagé ni ses encouragements ni ses précieux conseils.

---

## CHAPITRE PREMIER

---

### **Conditions anatomiques et pathologiques de production des prolapsus.**

Le prolapsus étant : « un déplacement de haut en bas de l'appareil utéro-vaginal déterminé par une rupture de la statique pelvienne » (1), si nous voulons connaître les conditions de production du prolapsus, il faut étudier les éléments de fixation de cette statique et les lésions de ces éléments qui en entraînent la rupture.

#### *Exposé des conditions de la statique normale de l'appareil génital.*

La statique normale de l'appareil génital chez la femme est assurée par un ensemble de moyens de

---

(1) MM. Le Dentu et Delbet, *Traité de Chirurgie*, t. X, p. 432.

contention et de suspension qui ont pour rôle de lutter contre la pression abdominale.

Les moyens de suspension sont constitués par des ligaments et des aponévroses, ils sont situés dans l'étage supérieur de l'appareil, étage qui comprend l'utérus et le dôme vaginal.

Les moyens de contention sont formés par des muscles et des aponévroses, ils sont situés à l'étage inférieur qui comprend le vagin dans sa traversée périméale.

Les auteurs qui l'ont étudiée, ont voulu voir, dans l'un ou l'autre de ses facteurs, la cause prépondérante ou suffisante de la statique utéro-vaginale. Dans le *Précis de Pathologie externe* de Forgue, par exemple, nous voyons une description d'après laquelle la combinaison de l'antéversion utérine et de la résistance du corps périméal serait la condition essentielle de la stabilité de tout le système. Les ligaments ne seraient utiles que parce qu'ils maintiendraient l'antéversion utérine.

C'est prêter trop peu d'intérêt à ces ligaments et aux aponévroses de l'étage supérieur qui ont été décrites avec beaucoup de soin par M. le docteur Violet dans sa communication au Congrès de Toulouse.

Les ligaments et les aponévroses forment un système de suspension très solide et l'on peut le démontrer par toute une série d'expériences sur le vivant et sur le cadavre.

Sur le vivant, quand on essaie d'abaisser l'utérus au moyen d'une pince tire col, à partir d'une certaine limite qui est celle même de l'élasticité des formations

ligamento-aponévrotiques, on éprouve une résistance qu'il est impossible de surmonter. Cette résistance n'est pas due aux releveurs puisqu'on l'éprouve aussi sous l'anesthésie complète alors que le muscle est dans le relâchement le plus absolu. De même sur le cadavre l'utérus est maintenu quelques efforts que l'on fasse pour l'amener à l'extérieur.

Il est non moins remarquable que chez des femmes à périnée déchiré, ou chez lesquelles on a fait une large exérèse du périnée, ou chez lesquelles le vagin est prolabé, l'utérus est cependant en bonne position et, dans le dernier cas envisagé, laisse allonger son col par les tractions plutôt que de descendre.

Dans la communication de M. Delanglade au Congrès de gynécologie d'Alger, 1907, on trouve cette phrase : « Par un hasard non moins singulier, aucun des cas de déchirure complète que j'ai eu à traiter ne s'accompagnait de prolapsus complet... A l'incontinence des matières ne se joignait pas la chute de l'utérus... » Ce hasard heureux n'est-il pas dû aux moyens de suspension dont l'auteur nie cependant tout efficacité.

Une autre preuve est fournie, comme le fait remarquer M. Miguet (1), dans sa thèse, par l'hystérectomie abdominale. Quand on pratique, cette opération, on peut constater que l'utérus ne remonte pas tant que l'aponévrose pelvienne supérieure n'est pas incisée.

Cette aponévrose appelée aussi membrane sacro-

---

(1) Miguet. Thèse Lyon.

recto-génito-vésico-pubienne, et les ligaments larges et utéro-sacrés qu'elle renferme dans ses dédoublements remplissent, en effet, un véritable rôle de suspension. L'aponévrose envoie sur le col utérin et sur les parties latérales du dôme vaginal des expansions dont l'ensemble constitue la membrane cervico-vagino pelvienne de Farabeuf. Cette membrane est très solidement constituée et, si nous l'examinons sur une coupe sagittale, nous voyons qu'elle comprend un ensemble de formations aponévrotiques occupant toute la hauteur qui sépare la face inférieure du péritoine de la face supérieure des releveurs.

L'aponévrose et ses expansions présentent cependant deux points faibles, ce sont les hiatus formés entre les deux ligaments vésico-utérins en avant de l'utérus, entre les deux ligaments sacro-utérins en arrière. C'est par ces ouvertures que s'engagent les véritables hernies que sont la cystocèle et l'elytrocèle postérieure.

Au dessous de ces formations aponévrotiques se trouve le muscle releveur de l'anus. Ce muscle a un rôle considérable dans le maintien de la statique utéro-vaginale et nous nous attacherons à le mettre en relief pour montrer le bien fondé des opérations qui l'utilisent pour la cure des prolapsus.

---

(1) Cf. Piquand et Renaud-Hue. Le releveur pubo-vaginal et les prolapsus génitaux. *Revue de gyn. et de chir. abdominale*, 1908, p. 3.

On peut le diviser en deux parties, le faisceau externe et le faisceau interne.

Le faisceau externe s'insère à la face postérieure du pubis à l'épine sciatique et sur un épaississement de l'aponévrose obturatrice étendu du canal obturateur à l'épine sciatique. Parties de ces insertions, les fibres se dirigent en arrière, en bas et en dedans et viennent se fixer sur les côtés de l'anus et sur le raphé ano-coccygien.

Il est ainsi formé une sangle musculaire qui s'attache sur les parois pelviennes et embrasse les faces postérieures et latérales du rectum. Cette portion mérite seule le nom de releveur ou de suspenseur rectal.

Le faisceau interne est moins volumineux. Il est séparé du premier par une couche cellulaire et des rameaux vasculo-nerveux et en est très facilement isolable. En avant, il s'insère à la face postérieure du pubis en dedans et au-dessus du faisceau externe et de là ses fibres se dirigent en bas et en arrière, les unes allant jusqu'au rectum où elles se confondent avec les fibres longitudinales de ce conduit, les autres se terminant sur la ligne médiane, en avant du rectum où elles s'entrecroisent avec les faisceaux du muscle opposé pour former le raphé anovaginal.

La seconde partie du releveur constitue ainsi une seconde sangle musculaire qui se fixe en avant sur le pubis et embrasse dans sa concavité la paroi postérieure du vagin. C'est cette partie du releveur que l'on appelle le releveur pubo vaginal.

Le vagin est de la sorte inclus dans une boutonnière musculaire sauf en avant où les releveurs sont séparés par un intervalle de 20 à 30 millimètres. C'est l'hiatus génitalis d'Halban et Tandler.

Ces releveurs maintiennent solidement la paroi postérieure du vagin ; quand ils se contractent, ils la rapprochent de la symphyse pubienne et l'appliquent fortement contre la paroi antérieure.

Ce fait est démontré par les expériences de Budin (1), qui place des cylindres dans le vagin et montre que la contraction des releveurs les aplattit dans le sens antéro-postérieur. Mais on peut s'en rendre compte plus facilement en introduisant un doigt dans le vagin, à chaque secousse de toux, à chaque effort, on sent le releveur qui se contracte en même temps que le diaphragme thoraco abdominal, d'une manière synchrone et synergique aux muscles abdominaux.

La pression des releveurs a été mesurée par Farabeuf (2), elle donne 12 à 15 kilogs au manomètre.

Quand il se contracte, le releveur attire en haut et en avant la partie inférieure de la paroi postérieure du vagin qui forme alors, avec la partie supérieure de cette paroi, un angle ouvert en avant, la partie supérieure étant très légèrement oblique, la partie infé-

---

(1) Budin. « Le releveur de l'anus chez la femme. » *Revue d'obstétrique et de gynécologie*, mai 1881, p. 356.

(2) Farabeuf. *Vaisseaux sanguins des organes génitaux urinaux*, p. 32.

rière l'est très fortement. Dans les grands efforts, elle devient même horizontale et l'utérus qui est en antéversion et reçoit la pression abdominale sur sa face postérieure est incliné davantage en avant par l'effort de cette pression et prend alors appui sur la paroi postérieure du vagin par l'intermédiaire de la vessie.

Le releveur pubo-vaginal est aidé dans son rôle de soutènement par les muscles du périnée. Nous pouvons considérer ceux-ci comme deux demi anneaux qui viennent s'entrecroiser par leur convexité au niveau du corps périnéal. Ces deux anneaux sont le sphincter anal et le sphincter vulvaire. Se contractent-ils à la fois, l'un tire son attache périnéale en arrière, l'autre la tire en avant et il se forme ainsi une sangle antéro-postérieure que vient croiser au niveau du corps périnéal la sangle sagittale formée par le faisceau moyen du transverse. Le périnée devient ainsi très résistant et il aide au releveur à remplir son rôle de soutien en donnant un point d'appui à la paroi vaginale antérieure.

Le périnée comprend aussi des formations aponévrotiques dont l'une nous intéresse particulièrement à cause de son rôle dans le maintien de la statique vésicale. C'est une lame aponévrotique, appelée septum inter-vésico-vaginal, et qui est une dépendance de la membrane cervico-vagino-pelvienne de Farabeuf. Elle est mise très nettement en évidence sur les figures du traité d'Halban et Tandler, où on la voit se séparer de l'aponévrose d'enveloppement d'un releveur pour venir passer entre la vessie et le vagin et

aller se fixer sur l'aponévrose du releveur opposé.

Nous pouvons conclure de notre étude, que les moyens de suspension et les moyens de soutènement de l'appareil utéro-vaginal ont les uns et les autres un rôle actif. Les premiers sont suffisants pour soutenir tout le système à l'état normal, les seconds n'agissent qu'au moment des efforts, les « premiers jouent un rôle à l'état statique, les seconds à l'état dynamique (1) ».

### *Mécanisme de production des prolapsus.*

Nous avons vu que la statique de l'appareil utéro-vaginal n'était pas due à un système, mais à un ensemble de systèmes de suspension et de contention. Le nombre de ces systèmes, joint au nombre d'organes qui constituent l'appareil génital, fait que les variétés de prolapsus sont nombreuses et complexes. Pour exposer la question clairement, on est obligé de systématiser les prolapsus en types bien déterminés et, pour ce faire, on peut se baser sur l'étage de l'appareil sur lequel portent les lésions.

La première catégorie de prolapsus sera constituée par ceux qui sont dus à une défaillance des ligaments et des aponévroses de l'étage supérieur. Ils sont causés par un relâchement de ces tissus qui est sous l'influence d'une malformation congénitale ou encore d'une atrophie sénile.

---

(1) M. Violet. Communication au Congrès de Toulouse, *Loc. cit.*

La seconde catégorie est celle des lésions de l'étage inférieur. Le traumatisme en est, en général, la cause et, à l'origine du prolapsus, on trouve une déchirure des tissus lors d'un accouchement.

Le premier effet du relâchement des tissus de l'étage supérieur est la production de la rétroversion utérine. Mais celle-ci n'est pas due, comme on a pu le croire, à la défaillance des ligaments ronds. Ceux-ci décrivent une courbe et n'ont pas d'insertions très solides. Dans ces conditions, on se demande comment ils pourraient retenir l'utérus.

La lésion qui détermine la rétroversion est plus probablement celle des ligaments utéro-sacrés qui, épais et résistants, attirent fortement leurs insertions utérines en arrière et font basculer le fond en avant. Quoiqu'il en soit, la rétroversion effectuée est une amorce au prolapsus. Les conditions dans lesquelles s'exerce la pression abdominale sont, en effet, totalement bouleversées. C'est sur le fond utérin qu'elle agit maintenant et, comme l'axe de l'utérus, est venu se placer dans le prolongement du vagin, elle tend à pousser l'utérus dans la cavité vaginale.

Le relâchement, la trop grande extensibilité des formations ligamento-aponévrotiques cause l'affaissement en masse des organes pelviens, caractérisé par le fait qu'au cours de leur descente les organes conservent leurs rapports les uns avec les autres.

S'il y a déchirure, sous l'influence de l'effort, des fibres aponévrotiques maintenant l'utérus, il y a dislocation utérine et l'utérus s'abaisse seul.

Quand ce sont les fibres aponévrotiques qui recou-

vrent l'hiatus antérieur qui se relâchent, la vessie n'étant plus soutenue descend et elle tire sur la lèvre antérieure du col qui peut s'allonger considérablement. Mais le corps de l'utérus reste souvent très bien fixé. Cette cystocèle haute peut être accompagnée d'une hernie péritonéale comme le fait a été constaté par MM. Violet et Bonnet (1).

Souvent elle est accompagnée d'élytrocèle postérieure, hernie rétro-utérine, hernie du Douglas, qui se produit lorsque l'hiatus postérieur est anormalement distendu. Comme dans la forme précédente, le corps de l'utérus peut rester en bonne position et solidement maintenu, mais son col tiré en avant par la cystocèle concomitante, en arrière par l'élytrocèle postérieure peut s'allonger parfois considérablement. C'est là probablement la forme la plus fréquente de l'allongement hypertrophique du col, qui n'est pas sous l'influence d'une métrite cervicale, comme le voulait Huguier, et est la conséquence plutôt que la cause du prolapsus.

Les lésions de l'étage inférieure consistent dans la déchirure ou l'atrophie des muscles et des aponévroses du périnée.

Si la déchirure a porté jusqu'à la paroi rectale sans l'intéresser, celle-ci, repoussée par les gaz est refoulée chaque jour en avant et la rectocèle se produit.

---

(1) MM. Violet et Bonnet : « Contribution à l'anatomie pathologique de la cystocèle vaginale ». *Annales de gynécologie*, 1910, série 2, p. 551.

Si le corps périnéal et les releveurs pubo-vaginaux ne soutiennent plus la paroi vaginale antérieure, celle-ci, subissant d'autre part la poussée de la vessie que ne maintient plus le septum inter-vagino-vésical déchiré lui aussi, se déroule à l'extérieur puis s'éverse. C'est la colpocèle compliquée de cystocèle de l'étagé inférieure, prolapsus qui s'aggrave rapidement par la persistance de la pression de la cystocèle qui, formant le point le plus déclive de la vessie est toujours pleine d'urine. M. Treub (1) qui, sur 97 malades déclare n'avoir vu qu'une fois le prolapsus primitif de l'utérus et trois fois la rectocèle, croit que le début ordinaire du prolapsus se fait par la colpocèle bientôt compliquée de cystocèle et que la traction de celle-ci déprime bientôt le cul-de-sac vaginal, puis agit sur le col suffisamment pour l'abaisser d'abord et entraîner le corps lui-même dans la suite.

M. Delanglade, de son côté, donne la statistique suivante empruntée à Gotz et d'après laquelle celui-ci, sur 243 cas, aurait eu : dans 72,6 0/0 des cas descente primitive du vagin, dans 24,8 0/0 des cas descente primitive du vagin avec prolapsus secondaire de l'utérus et dans 2,6 0/0 des cas prolapsus primitif de l'utérus.

Quoiqu'il en soit nous ne croyons pas, comme l'affirme M. Delanglade que la lésion des muscles du périnée, du releveur principalement suffise à expliquer la production du prolapsus complet. Si les for-

---

(1) *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1911, n° 5, t. XVII.

mations de l'étage supérieur tiennent, le col utérin se laissera allonger, mais le col ne descendra pas. Pour que le prolapsus complet se produise, la coexistence est nécessaire de lésions réparties sur les différents plans du bassin, du paramétrium et du plancher.

### *Conditions cliniques de production des prolapsus*

Nous conserverons la distinction entre les prolapsus qui se produisent par traumatisme chez des femmes à tissus résistants et ceux qui se produisent par relâchement chez des femmes à tissus atrophies. Ces deux variétés ont été comparées aux deux variétés de hernies, hernies de force et hernies de faiblesse, elles sont à conserver, car elles correspondent aux deux aspects sous lesquels se présentent les malades.

Les premières sont des femmes jeunes, pour la plupart, et dont les tissus sont résistants, solides, élastiques. Si nous examinons le périnée, nous constatons cependant qu'il est moins épais qu'à l'état normal, si nous introduisons le doigt dans le vagin, nous constatons que la contraction des releveurs se fait mal. Parfois un seul, parfois les deux releveurs sont atteints et, suivant leur bord avec l'index, on peut sentir la place où a eu lieu la déchirure. Si on interroge la malade, celle-ci se rappelle qu'elle a eu un accouchement difficile et souvent une application de forceps.

Elle présente de la colpocèle antérieure ou postérieure, parfois de l'urétrocèle, de la cystocèle

ou de la rectocèle, mais l'utérus est, en général, en bonne position, en antéversion et bien fixé.

La seconde catégorie de malades comprend des personnes plus âgées à une époque de leur existence voisine de la ménopause. Ce sont en général des multipares et qui ont eu des suites de couches mal soignées, pendant lesquelles l'involution utérine se faisant mal a empêché aux tissus de revenir normalement sur eux-mêmes.

L'examen nous permet de voir que leurs tissus sont atrophiés, sans résistance. La vulve est agrandie, le périnée, qui peut avoir les apparences d'un périnée solide est en réalité sans épaisseur; on peut s'en rendre compte en le saisissant entre un doigt vaginal et un doigt introduit dans l'anus. Les releveurs sont réduits à l'état de minces bandelettes qu'il est difficile d'accrocher avec le doigt même si l'on tend les muscles par traction périnéale.

Ces malades présentent très souvent des ptoses abdominales qui sont une cause favorisante du prolapsus et qui indiquent une insuffisance générale des muscles et des tissus. Chez elles les prolapsus sont graves et complexes. L'appareil utéro-vaginal n'est maintenu sur aucun point et les procidences des divers organes s'associent. Les restaurations sont d'autre part rendues difficiles par la friabilité des tissus.

Nous avons pris pour la clarté de l'exposition deux types tout à fait schématiques de prolapsus. Il est évident que, dans la clinique, on ne rencontre pas de différences aussi tranchées. L'atrophie sénile est très

souvent associée à une déchirure périnéale, celle-ci ayant amorcé un prolapsus que la ptose est venue ensuite compliquer.

Nous pouvons cependant isoler le cas des femmes dont les tissus ont subi l'atrophie sénile et qui présentent de gros prolapsus compliqués de cystocèle avec releveurs de l'anus affaiblis et très distants. C'est celui que nous avons en vue dans la suite de ce travail et pour lequel l'opération de la suture des releveurs aux ligaments ronds nous paraît indiquée.

---

## CHAPITRE II

---

### **Les opérations dirigées contre les prolapsus génitaux avec cystocèle prédominante ou concomitante.**

La thérapeutique des prolapsus génitaux est en général un problème complexe ; les causes en sont multiples, les variations cliniques en sont nombreuses. Il se trouvera peu d'opérations qui viseront à solutionner toutes les données qu'il comporte. Nous nous attacherons dans l'étude que nous ferons de ces différentes interventions à rechercher en quoi et comment elles peuvent être utiles à la cure de la variété de prolapsus à laquelle nous avons borné notre travail : celle où la cystocèle est présente qu'elle soit l'élément prédominant de la procidence génitale ou qu'elle en soit un élément surajouté, une véritable complication.

Nous passerons très rapidement en revue les opérations faites par la voie haute, celles qui ont pour

but de restaurer l'appareil de suspension de la statique utéro-vaginale. Ces opérations n'agissent que secondairement et insuffisamment sur la cystocèle. Les cures faites par la voie basse méritent au contraire une étude approfondie, toutes ont une action sur la réduction de la cystocèle et quelques-unes s'attaquent directement et victorieusement à ce problème. Leur revue critique sera le principal objet de ce chapitre.

## I. — OPÉRATIONS FAITES PAR VOIE ABDOMINALE

Elles sont de deux sortes, celles qui respectent l'intégrité des organes et leur fonctionnement physiologique, celles qui sont mutilantes et sacrifient ces considérations à la nécessité d'obtenir un résultat plus durable.

Les *Hystéropexies abdominales* se rangent dans la première catégorie. On peut les effectuer soit en fixant directement l'utérus à la paroi abdominale, soit en le supendant à ses ligaments ronds. Les interventions les plus efficaces sont certainement celles qui unissent directement le fond utérin à la paroi, les ventro-fixations. Mais on leur reproche de ne pas être dans l'esprit des hystéropexies, opérations qui cherchent à ne pas entraver l'évolution des grossesses. La paroi utérine antérieure fixée à l'abdomen ne pourra pas en effet suivre dans la grossesse son développement normal et elle sera cause de dystocies. C'est pour parer à cet inconvénient que MM. Paul Delbet

et Caraven (1) conseillent de faire l'hystéropexie isthmique qui fixe la partie la plus basse de l'utérus à une partie élevée de l'abdomen. Cette opération doit laisser au corps de l'utérus une plus grande liberté de mouvements et de fait, comme nous l'apprend le rapport de Oui au congrès d'obstétrique de Rouen (2), elle n'entrave pas les grossesses. Cependant, ce fut la conclusion de la discussion ouverte au Congrès de gynécologie et d'obstétrique de St-Pétersbourg en 1910 (3) on doit lui préférer la fixation du fond utérin par les ligaments ronds qui se développent durant la grossesse et permettent à l'utérus de se mouvoir plus librement. On peut tendre ces ligaments à la manière d'Alquié Alexander en agissant sur eux dans leur trajet intra-inguinal, mais cette méthode, insuffisante dans la rétroversion, est tout à fait inefficace dans le prolapsus. On doit lui préférer la ligamentopexie abdominale qui fixe solidement l'utérus et ne crée pas de dystocie.

Malheureusement toutes ces opérations n'écartent pas rigoureusement la récurrence. Les ligaments ronds peuvent se laisser distendre. Les adhérences artificielles créées par la ventro-fixation peuvent se laisser étirer en un trousseau fibreux, le « fundal ligament »

---

(1) Delbet et Caraven. Hystéropexie isthmique. Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1908, p. 71.

(2) L'hystéropexie envisagée au point de vue de son influence sur les grossesses ultérieures. Communication au congrès de Rouen 1904.

(3) *In Presse Médicale* 1910, p. 771.

ou « suspensor ligament » des auteurs anglais, qui atteint jusqu'à 3 et 6 centimètres (1). La paroi abdominale peut se laisser entraîner à l'endroit où les insertions artificielles sont venues se fixer ; nous avons trouvé dans le *Lyon Médical* un article dans lequel le professeur Pollosson (2) rapportait un cas très net de ce genre de récédive. La malade, deux ans après son opération, avait vu apparaître une grosse éventration au niveau de la cicatrice de l'incision abdominale en même temps que l'utérus réapparaissait à la vulve.

On avait espéré que ces interventions agiraient d'une façon indirecte sur la cystocèle. Elever l'utérus, pensait-on, c'était tendre la paroi antérieure du vagin qui devait repousser et maintenir la vessie. D'autre part, l'utérus dans sa nouvelle position formait une espèce d'arche au-dessous de laquelle la vessie pouvait venir se dissimuler et se soustraire de la sorte à la pression abdominale.

Mais ce n'était pas suffisant pour réduire la cystocèle et les auteurs eurent alors l'idée de traiter la vessie comme ils traitaient l'utérus en agissant sur ses moyens de suspension. M. Petit, par exemple, s'adresse à l'aponévrose ombilico-vesicale qu'il racourcit, espérant du même coup remonter la vessie. M. Tuffier fixe cette dernière directement à la paroi abdominale, il

---

(1) Cf. Bazy. Les résultats éloignés des hystéropexies abdominales. Revue de gynécologie et chirurgie abdominale, Paris, 1912, T. XVIII, p. 561-583.

(2) *Lyon Médical*, 1906, T. I. p. 1132.

fait une véritable cystopexie abdominale. Le professeur Laroyenne la fixe à la face antérieure de l'utérus et il pense de la sorte la rendre solidaire de ce dernier et la remonter en même temps que lui. Le docteur Reymond (1) fait une fixation vésicale rétro-utérine; son procédé, remarquons-le en passant, ne pouvait se concevoir avec le respect des fonctions de l'utérus.

Toutes ces méthodes aboutissaient d'ailleurs à un échec que laissait prévoir la pathogénie de la cystocèle que nous avons faite au début de notre travail. Quelle que soit la suspension de la vessie, elle n'empêchera pas celle-ci de venir, quand elle est dilatée par son contenu, exercer une pression sur le point faible qui existe dans le septum vésico-vaginal, de le franchir à nouveau et de se présenter encore entre la paroi vaginale et la symphyse.

Si c'est au niveau des ligaments vesico-utérins que la cystocèle s'est produite, la récurrence pourra avoir lieu bien que la pexie de l'utérus à la paroi demeure stable. Si la cystocèle existe seule, il y aura simplement allongement de la lèvre antérieure du col, mais si, et cette association est, nous l'avons dit, très fréquente, à la cystocèle se joint l'élytrocèle postérieure, le col, tiré en avant et en arrière, s'allonge dans des proportions considérables, l'utérus va jusqu'à atteindre 18 et 20 centimètres de longueur et le prolapsus est reconstitué.

---

(1) Communication au Congrès de Toulouse. Citée in *Presse Médicale* 1910. P. 717.

Le Docteur H. Violet<sup>(1)</sup> a décrit un cas de ce genre ou la malade qui avait subi une hystéropexie accompagnée de colporraphie antérieure et de colpopérinéorraphie eut une récurrence de son prolapsus avec cystocèle et élytrocèle bien que l'utérus soit demeuré parfaitement fixé.

M. Bérard (2) vit, dans des conditions analogues, le prolapsus récidiver deux ans après une hystéropexie avec colporraphie et colpopérinéorraphie. L'utérus mesurait 18 centimètres.

En résumé, l'hystéropexie abdominale, opération excellente dans le traitement de la rétroversion, n'est pas d'une efficacité absolue dans celui du prolapsus utérin et, même accompagnée de colporraphie et colpopérinéorraphie, elle se montre tout à fait insuffisante dans le traitement de la cystocèle.

Sous le nom d'exohystéropexie, Lauwers (3) propose une opération imaginée par Kocher et qui, sur 37 cas opérés, aurait donné des suites immédiates parfaites et dans 8 cas des résultats qui se seraient maintenus plus d'une année.

Son intervention consiste à attirer l'utérus hors de la plaie abdominale, à disséquer le péritoine pariétal

---

(1) H. Violet. Les Hernies pré et rétroutérines dans la constitution des prolapsus, *Lyon chirurgical*, septembre 1909, p. 710.

(2) Bérard. Communication à la Société de chirurgie, 14 mai 1908.

(3) Académie royale de Belgique. Section de médecine septembre 1911. *In Presse Médicale*, 1912, p. 189.

de côté et d'autre de cette plaie, à suturer les deux lambeaux obtenus et à fixer l'utérus entre le rideau péritonéal ainsi formé et l'aponévrose que l'on suture par dessus lui. Pour fixer l'utérus dans cette position, on suture la racine du ligament rond à la gaine du grand droit.

Cette opération peut établir solidement l'utérus ; nous ne nous attarderons pas à discuter ses indications et ses inconvénients, car elle ne peut avoir sur la cystocèle plus d'effet que l'hystéropexie proprement dite. Remarquons seulement que la situation extrapéritonéale donnée à l'utérus a du écarter beaucoup d'opérateurs et que l'opération est incompatible avec la possibilité d'une grossesse.

Nous avons vu, dans l'étude du mécanisme de production des prolapsus, que, lorsque l'aponévrose pelvienne supérieure faiblit au niveau de l'hiatus postérieur, le cul de sac de Douglas descend suivi ou non d'anses intestinales. Cette élytrocèle peut être l'amorce ou une complication du prolapsus. Elle nous intéresse parce que son association à la cystocèle est très fréquente. Son traitement est la réfection du soutien aponévrotique mais celui-ci se fait par voie basse et nous l'étudierons dans le chapitre suivant. M. Marion (1) lui préfère l'*Oblitération du Douglas*.

Après avoir incisé la paroi abdominale, il attire l'utérus en avant et passe des fils sous-péritonéaux autour du cul-de-sac qui accolent la face postérieure du vagin et du col de l'utérus à la paroi antérieure du

---

(1) *Presse Médicale*, 1909, n° 69, p. 616.

rectum. Le cul-de-sac fermé, le col est tiré en arrière et, de lui-même, l'utérus se place en antéversion. Cette opération a donné de bons résultats à son auteur, mais on peut lui faire le reproche de laisser, au-dessous du cul-de-sac oblitéré, persister les lésions de l'aponévrose pelvienne supérieure qui ont été la cause première de l'élytrocèle.

L'opération de M. Raymond Bonneau (1) nous semble plus rationnelle. L'auteur, en effet, après la laparotomie, réunit par de solides sutures, les ligaments utéro-sacrés, puis il fait une hystéropexie par la méthode de Doléris.

Nous préférons cependant à sa méthode, la suture des ligaments utéro-sacrés par la voie vaginale qui nous permettra d'obtenir d'aussi bons résultats par une opération moins traumatisante.

*L'hystérectomie abdominale* ne nous intéresse pas par l'ablation de l'utérus, mais par son complément indispensable, la fixation du moignon vaginal. Ce dernier a été traité de façons différentes. Jacobs de Bruxelles le suture aux moignons des ligaments larges; le professeur Legneu et le professeur Aug. Pollosson (2) le fixent à la partie inférieure de la plaie abdominale, le docteur Raymond Bonneau conseille d'obtenir un moignon épais que l'on suturera à la fois aux moignons des ligaments ronds et aux moignons des ligaments larges. Nous croyons que la

---

(1) Raymond Bonneau, Communication à la Société de chirurgie de Paris, 5 juillet 1912.

(2) *Lyon Médical*, 1906, *loc. cit.*

cicatrice obtenue par la fixation du moignon vaginal à celui des ligaments n'est pas suffisamment solide et qu'il est préférable d'en faire une pexie abdominale. Celle-ci a plus d'effet que l'hystéropexie abdominale sur les lésions de l'étage inférieur. On exerce la traction directement sur le vagin et l'on peut ainsi mieux le tendre. Ce ne sera cependant pas suffisant pour réduire la cystocèle que la muqueuse seule est impuissante à maintenir.

## II. — OPERATIONS PAR LA VOIE BASSE

Ce sont les opérations faites sur le vagin et le périnée ou sur les organes de l'étage supérieur en passant par la voie vaginale.

### *Opérations agissant indirectement sur la cystocèle.*

— Nous étudierons d'abord les opérations qui se proposent de rétrécir le vagin et de restaurer le périnée. Ce sont les colporraphies et les colpopérinéorraphies. Ces opérations sont très nombreuses, nous nous bornerons à décrire les plus perfectionnées, les plus efficaces. Elles sont naturellement indiquées dans les cas de prolapsus limités à la chute de la paroi antérieure ou postérieure sans abaissement de l'utérus. Mais même dans des formes plus graves leur résultat est remarquable et elles sont toujours un utile complément des opérations plus complexes.

La colporraphie antérieure consiste dans l'ablation d'une partie de la paroi vaginale antérieure suivie de la suture des bords avivés de l'incision. Elle a

pour effet de diminuer la paroi antérieure du vagin et paraît au premier abord agir sur la cystocèle. Mais celle-ci ne tarde pas à se reproduire, car elle continue à faire hernie à travers les faisceaux dissociés de l'aponévrose pelvienne. La colporrhaphie antérieure ne s'adressant qu'à la muqueuse ne peut pas donner une restauration solide.

Les procédés de colpopérinéorrhaphie sont, au contraire, très efficaces. A la résection ou au plissement de la muqueuse vaginale s'ajoute, en effet, la reconstitution du corps périnéal, les fils chargeant à la fois muscles et aponévroses. Le procédé de Lawson-Tait, modifié par Pozzi, est parmi tous pratique et actif.

Les différentes statistiques que nous avons consultées donnent de 70 à 80 pour 100 de résultats favorables. Dans des cas assez nombreux les accouchements se sont très bien exécutés et sans aucune récurrence. Mais, hâtons-nous d'ajouter que les statistiques sont établies sur des cas où la colpopérinéorrhaphie était particulièrement indiquée, sur des cas relativement simples. Quand il y a prolapsus complet, cette opération n'est plus suffisante et, d'ailleurs, elle ne peut agir qu'insuffisamment contre la cystocèle qui nous occupe particulièrement. Elle sera cependant un des temps principaux de la plupart des opérations de prolapsus puisqu'elle rétablit le périnée, point nodal de la statique utérine.

Un perfectionnement notable de la méthode est, dans la *myorrhaphie postérieure des releveurs*, c'est, en effet, un bon moyen d'augmenter la solidité

périnéale et il est bien plus rationnel de faire les sutures plans par plans que de les faire en masse et d'une façon pour ainsi dire aveugle.

Cette opération proposée par Zigensteck (1899) fut exécutée par M.-P. Delbet (1) (1896) et par Ricard (2). Elle fut très bien étudiée, en 1902, par MM. Duval et Proust. Pour la pratiquer, il faut fendre la cloison rectovaginale largement, faire remonter en haut le dédoublement jusqu'au cul-de-sac de Douglas, au moins, et l'exécuter sur une très grande étendue transversale. On peut alors retrouver les bords inférieurs des releveurs et rapprocher ces deux muscles sur la ligne médiane au point non seulement de les affronter mais de les appliquer l'un à l'autre par une certaine étendue de leur face supérieure. « Ils se tendent comme un rideau entre le vagin et le rectum ; on sent, on voit qu'on a reconstitué une sangle efficace (3).

Pour ne pas s'égarer, M. Delanglade conseille de passer en avant des fibres musculaires du rectum après avoir sectionné la bandelette recto-vaginale et de tirer l'anus en arrière au moyen d'une pince, manœuvre qui tend les releveurs. Les sutures sont faites au catgut fort, M. Delbet les a faites parfois au fil d'argent, mais, dit-il, « pour les employer, il

(1) P. Delbet, *Bull. Mens. de la Soc. de Chir.*, 1902, p. 1092.

(2) Ricard, *Bull. Mens. de la Soc. de Chir.*, 1902, p. 1095.

(3) Duval et Proust, *Presse Médicale*, 1902.

faut bien être sûr qu'ils ne blesseront, ni ne gêneront personne, et cela n'est point toujours aisé, car les passions se flétrissent parfois moins vite que la peau ».

Cette intervention a l'avantage d'être simple, peu sanglante, de ne pas shoker la malade et de restaurer pleinement le périnée. Mais elle ne restaure qu'indirectement la région antérieure où le déplacement est cependant prédominant.

La cystocèle retire un certain bénéfice de l'opération. En suturant l'un à l'autre les releveurs dans leur partie postérieure, on les amène, en effet, à se rapprocher aussi dans leur partie antérieure, on les raccourcit et on les tend et ils soutiennent plus activement la vessie, mais pas assez cependant pour réduire la cystocèle.

L'*hystérectomie vaginale* est une opération qui enthousiasma nombre d'auteurs mais causa aussi beaucoup de désillusions. Elle semblait toute indiquée dans le prolapsus où l'organe extériorisé s'offrait pour ainsi dire au chirurgien qui pouvait placer facilement ses ligatures et n'avait pas besoin d'avoir recours aux pinces à demeure.

Cette opération paraissait très bénigne à Richelot, elle tire cependant une certaine gravité du fait que l'on s'adresse à des femmes âgées, artérioscléreuses et variqueuses qui font facilement des hémorragies. M. Zolonitzky, dans sa thèse, en a relevé 22 cas sur 130 opérations. L'allongement de la portion sus-vaginale du col augmente aussi les difficultés opératoires en rendant difficilement accessible le cul-de-sac

vésico-utérin. Aussi M. Zolonitzky (1), dans sa thèse, a-t-il pu évaluer à 6,92 0/0 les morts consécutives à l'opération.

Il paraît bien que ces difficultés opératoires et cette mortalité ne sont pas rachetées par une efficacité certaine du procédé. Les récidives sont très fréquentes, comme nous l'apprennent les statistiques établies dans les thèses de MM. Zolonitzky et Lanique (2). Le premier, après 62 hystérectomies vaginales simples pour prolapsus rencontra 23 récidives, soit 37 0/0, et le second donne un tableau détaillé de 31 hystérectomies vaginales qui, dans 18 cas, furent suivies de la récidive du prolapsus.

M. Ardilouze (3) lui-même, fournit 5 observations typiques dans lesquelles on voit le prolapsus se reproduire, malgré une hystérectomie vaginale. Richelot, sur 6 cas opérés, en revoit 4 qui ont tous récidivé. Léopold en compte 2 sur 2 opérations.

C'est que l'opération ne fait rien pour restaurer les parois vaginales et elle ne peut être efficace contre les prolapsus compliqués de cystocèle que si on la complète, soit d'une fixation du moignon vaginal, préalablement fermé, aux ligaments larges, opération préconisée par M. Quénu; soit de la réunion des ligaments ronds sous la vessie formant ainsi une sangle contractile, opération de M. Delbet. MM. Fritsch et Pozzi font une large colpectomie mais laissent à la

---

(1) Zolonitzky. Thèse Paris, 1896.

(2) Lanique. Thèse Nancy.

(3) Ardilouze. Thèse Paris, 1903.

cicatrisation le soin d'unir le vagin aux ligaments, puis ils font quelques semaines plus tard une périnéorrhaphie par dédoublement.

Quoiqu'il en soit, il est indispensable de faire suivre l'hystérectomie d'une colpotomie très large, et surtout d'une colpôpérinéorrhaphie et les cas sont nombreux de récidives post-opératoires qui furent guéries par une bonne réfection du périnée.

L'hystérectomie vaginale ne semble donc pas particulièrement indiquée comme thérapeutique de la cystocèle sur laquelle agissent seules les interventions complémentaires de l'opération elle-même. Elle trouve son indication dans les cas de gros prolapsus ayant perdu droit de cité dans l'abdomen ou compliqués de lésions fibromateuses ou cancéreuses.

*Cloisonnement du vagin.* — Frappé de l'inutilité de l'hystérectomie et de l'efficacité de la colpectomie, Le Fort, eut l'idée de faire une colpectomie portant à la fois sur les parois antérieure et postérieure du vagin et de la compléter par une obturation partielle de la cavité vaginale. L'opération consiste à faire l'excision d'une bande muqueuse sur la paroi postérieure et sur la paroi antérieure, puis de suturer l'une à l'autre les deux parties excisées. Le vagin est ainsi cloisonné et tout rapprochement sexuel est rendu désormais impossible. L'opération rend-elle de la même façon impossible la descente du prolapsus? J. Wyatt (1) le prétend.

---

(1) *The journal of obstetrics and gynecology of the British Empire*, tome XXII, 5 nov. 1912, p. 266-270.

L'opération a pour lui une grande valeur chez les femmes âgées chez lesquelles tout autre traitement a pu échouer. Il donne 8 observations de femmes âgées de plus de 50 ans qui présentaient des prolapsus complets avec ulcérations, dysurie et difficultés de la marche. Il fit l'opération de Le Fort et eut des nouvelles de 6 de ses malades, 5 à 11 ans après l'opération. Pour aucune, il n'y eut de récurrence.

Il nous semble cependant que, réunir l'une à l'autre les parois vaginales n'est pas fournir au prolapsus une barrière très solide. Le tissu du vagin manque en effet de résistance et il est à redouter que le cloisonnement cède et se laisse repousser à l'extérieur.

*Colpectomie totale.* — C'est pour éviter cette forme de récurrence que le professeur P. Müller, de Berne, a imaginé de faire la résection presque complète du vagin. L'utérus est abaissé, un vaste losange est dessiné dont le grand axe est dirigé du méat au périnée, le petit étant transversal et se prolongeant jusqu'aux bords du vagin. Toute la muqueuse ainsi circonscrite est disséquée et extirpée jusqu'au ras du col. L'utérus est alors refoulé et les bords correspondants sont suturés jusqu'à fermeture complète de la plaie.

C'est une opération simple, courte et bénigne ; sa durée est de dix minutes, une anesthésie locale est suffisante. Après cicatrisation, le vagin n'est plus qu'un petit cul-de-sac de 3 centimètres de profondeur. Par le toucher rectal, on sent au-dessus de lui une colonne cicatricielle qui supporte l'utérus.

Malgré les observations favorables de Wormser (1), de Biehly (2), de R.-P. Kœnig (3), de V. Krükova (4), cette opération ne s'est pas beaucoup répandue, sans doute parce qu'elle exige la renonciation définitive aux rapports sexuels et sans doute aussi parce que les chirurgiens ont craint que la cavité muqueuse incluse dans le tissu cicatriciel ne devint kystique.

On pouvait craindre aussi que la cicatrice se laissât rompre ou distendre, mais la pratique a montré que cette complication ne se produisait pas.

### *Opérations dirigées particulièrement contre la cystocèle*

Les opérations dont nous allons aborder maintenant l'étude nous intéressent particulièrement parce qu'elles font rationnellement la cure de la cystocèle.

Celle-ci se produit par la défaillance des tissus aponévrotiques qui la soutiennent normalement, il faudra restaurer cet appareil de soutien. D'autre part la cystocèle est constituée comme une véritable hernie et elle est venue contracter des adhérences anormales, muqueuse à muqueuse avec la paroi vaginale. Il faudra libérer complètement la vessie comme on libère le sac d'une hernie. Le but des interventions que nous allons décrire est donc double:

---

(1) *Monatschr. f. Geburt and Gyn.*, 1898, p. 367.

(2) Thèse de Berne, 1903.

(3) *J. of Obst. and Gyn. of the British Empire*, sep. 1903.

(4) Thèse de Genève, 1903.

isoler la vessie, lui donner un solide appareil de soutien.

### *Reconstitution de l'appareil aponévrotique*

Cette opération, proposée par le docteur Violet (1), est la plus simple, la plus normalement indiquée puisqu'elle s'adresse directement aux causes de la cystocèle.

S'il s'agit d'une cystocèle basse, d'une hernie rétro-pubienne, il convient de disséquer la vessie jusqu'à ce qu'on rencontre le point où l'aponévrose vient doubler la muqueuse. On recherche et on dissèque les plans aponévrotique qu'on suture et derrière lesquels on refoule la vessie.

Quand la cystocèle s'est faite à travers la déchirance des ligaments vésico-utérins, la technique est plus compliquée. Nous la décrirons d'après l'article des *Annales de Gynécologie* d'août 1910. L'auteur ferme l'hiatus existant entre les ligaments vésico-utérins, il joint à cette opération une fixation isthmique de l'utérus.

*Technique.* — Les soins préopératoires nécessaires étant donnés à la malade, on trace au bistouri sur la muqueuse vaginale antérieure le losange d'avivement classique de la colporrhaphie antérieure. Le losange étant excisé on en dissèque les lèvres sur

---

(1) Sur la cure de la cystocèle vaginale ou hernie préutérine, *Annales de gyn. et d'obst.*, série 2, août 1910, p. 449.

une étendue d'un centimètre environ. Dans un deuxième temps, on dissèque la vessie tout le long de la face antérieure de l'utérus jusqu'au péritoine. Cette dissection dans les cas anciens est rendue très difficile par des adhérences très solides; elle exige le plus souvent d'être faite aux ciseaux. La conduire jusqu'au cul-de-sac péritonéal. Le troisième temps consiste dans l'ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur. Celui-ci est souvent ouvert au cours de la dissection; on le reconnaît à sa surface lisse, rosée, régulière. Cette ouverture du cul-de-sac est nécessaire pour pouvoir, sans aucun danger, intéresser la face antérieure de l'isthme utérin dans les points les plus proches des ligaments vésico-utérins.

Le quatrième temps est l'isolement des ligaments vésico-utérins vers leur insertion utérine: « se reportant dans le triangle inférieur sur les à côtés du col utérin dénudé, entre la paroi latérale du col et le bord de la muqueuse vaginale disséquée et éversée au dehors, on clive au doigt ou au tampon la vessie qui est descendue dans l'espace paramétrique. Ce refoulement se fait dans la base des ligaments larges. On voit très bien l'utérine et au-dessous des fibres musculaires lisses à direction antéro-postérieure ».

Dans le cinquième temps, on passe le fil de fixation de l'isthme utérin dans sa portion péritonéale. Le fil passé à la base du trousseau musculaire doit intéresser la face antérieure de l'isthme utérin. C'est difficile à cause du voisinage de l'uretère, c'est très important parce que les tractions sur le fil font apparaître les ligaments dans toute leur étendue.

On ferme enfin le cul-de-sac péritonéal par un fil passé en boure puis, après avoir refoulé la vessie, on suture les ligaments vésico-utérins d'arrière en avant sur toute leur étendue. Ces sutures sont facilitées par les tractions exercées sur le premier fil.

L'opération terminée, on voit une toile fibro musculaire tendue de droite à gauche et fermant complètement l'hiatus. On termine en suturant les bords de l'incision vaginale en commençant vers l'urètre et en allant de haut en bas.

Cette intervention d'exécution peut-être un peu difficile donne de bons résultats. Elle sera indiquée toutes les fois que les tissus seront suffisamment résistants pour permettre une restauration solide. En outre de la réduction de la cystocèle, elle a l'avantage d'amener l'isthme de l'utérus en avant et de réduire ainsi la rétroversion utérine.

### *Myorraphie antérieure des releveurs*

Si l'on ne peut suturer les tissus aponévrotiques au-devant de la vessie procidente, il faut essayer de rapprocher les releveurs dans leur partie antérieure et de créer ainsi un plancher musculaire sur lequel la vessie pourra venir reposer. Cette opération a été conçue presque à la même époque par trois chirurgiens différents, MM. Delanglade, Groves et Chaput. Voici comment M. Delanglade l'a décrite dans son rapport au congrès de gynécologie d'Alger, 1907 : « Une incision transversale est faite à un travers de doigt en arrière du méat et occupe toute la largeur du

vagin. Ce conduit est entièrement séparé de la vessie comme pour une colpographie mais sur une longueur beaucoup plus grande. La vessie est alors réduite et maintenue soit avec une valve à hystérectomie vaginale, soit avec un abaisse langue à manche. Le vagin est abaissé, on cherche dans l'angle dièdre résultant de leur écartement les bords des releveurs. Il convient dans les cas difficiles de se porter absolument, sur la paroi pelvienne et de la suivre avec l'index, soit de bas en haut, soit de haut en bas. On accroche ainsi son bord qui fait un repli falciforme, la sonde cannelée l'isole plus prudemment au niveau de la paroi supérieure, où cheminent les vaisseaux viscéraux et en chargeant séparément chaque muscle avec l'aiguille on peut placer les fils jusqu'au nombre de 6 ou 7 séparés par un intervalle d'un centimètre. Il faut prendre suffisamment de muscle pour que celui-ci ne s'effrite pas et éviter d'en poser deux de suite dans le même intervalle de faisceaux pour ne pas faire de dissociation. Quand on serre le fil, il est bon de faire rapprocher les releveurs par un aide qui les saisit dans une pince afin que tout l'effort de la traction ne porte pas sur le point où le fil est fixé (1).

On forme de la sorte au-dessous de la vessie un plancher élastique et contractile qui la soutiendra très efficacement.

On peut faire en même temps la myorrhaphie postérieure des releveurs et il est même utile de l'exé-

---

(1) M. Delanglade. Rapport au congrès de gynécologie d'Alger, *loc. cit.*

cuter dans un premier temps, car elle aura pour effet de tendre les releveurs et de rendre leur découverte plus facile quand on en fera la recherche en avant du vagin.

Cependant cette opération exige pour pouvoir être pratiquée, la présence de releveurs épais et solides. Il faut qu'on puisse les amener l'un auprès de l'autre et cela exige qu'ils aient une certaine élasticité. Ce ne sera pas le cas dans tous les prolapsus, surtout dans ceux qui nous occupent particulièrement. Ils existent, en effet, de préférence chez des femmes dont tous les tissus ont subi l'atrophie sénile et, bien que nous prenions toutes les précautions indiquées par M. Delanglade pour ne pas les dilacérer, le chemin que nous aurons à leur faire faire pour les amener au contact et leur peu de solidité feront qu'ils ne pourront résister à nos tractions.

En résumé, l'opération de MM. Delanglade, Groves, Chaput, est très efficace contre la cystocèle, mais elle réclame des conditions de souplesse et de solidité des releveurs qui se trouvent rarement chez les femmes proches de la ménopause.

### *Utilisation plastique de l'utérus*

Si l'on ne peut, au-dessous de la vessie, restaurer les aponévroses ; si l'on ne peut suturer les releveurs pubo-génitaux pour lui former une bonne sangle musculaire, on peut essayer d'interposer l'utérus qui viendra combler l'espace vide de l'hiatus gén-

tales. « Le principe de cette intervention, écrit Dührssen, consiste dans la correction de la saillie vésicale par l'interposition entre la paroi vaginale et la vessie du corps utérin qui agit comme une pelotte organique pour empêcher la hernie vésicale » (1).

Les auteurs ont appliqué ce principe suivant diverses méthodes. M. Martin les a décrites avec beaucoup de soin dans un article paru dans la Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale (2). Il cite le procédé de Mackenrodt, celui de Dührssen, celui de Le Dentu, Pichevin, Schauta, qui font sur la paroi vaginale antérieure une incision en I ou en T, dissèquent à gauche et à droite de cette incision, séparant soigneusement le vagin de l'urètre et de la vessie, décolle ensuite largement la paroi vésicale adhérente à l'utérus puis suturent l'utérus au vagin à la place qu'occupait la vessie en rapprochant le plus possible le fond utérin du méat.

M. Martin donne ensuite l'exposé de l'opération de Wertheim telle qu'il l'a trouvée décrite dans les ouvrages de cet auteur.

« Premier temps. — Incision transversale large du cul-de-sac vaginal antérieur par laquelle on décolle la vessie jusqu'au cul-de-sac péritonéal que l'on effondre. L'utérus est alors saisi, basculé et amené dans le vagin le fonds en avant.

---

(1) Dührssen. *Vade mecum de gynécologie*, 1894.

(2) Martin. « De l'utilisation plastique de l'utérus », *Revue de Chirurgie*, 1908.

« Deuxième temps. — Avivement ovalaire de la paroi vaginale antérieure depuis le méat jusqu'à 1 cm 1/2 de l'incision transversale (il existe donc un pont de muqueuse entre l'avivement ovalaire et l'incision transversale primitive).

« Troisième temps. — Suture de la face postérieure de l'utérus préalablement avivée contre l'avivement ovalaire du vagin.

« Voici alors la disposition des parties : la paroi vaginale antérieure est remplacée par l'utérus nu ; la vessie repose sur le corps utérin ; le fond de l'utérus est fixé près du méat, c'est donc une vaginofixation intravaginale ; le péritoine n'est pas fermé et l'utérus est abandonné dans le vagin. »

L'opération ainsi conçue avait de gros inconvénients ; elle ne fermait pas la cavité péritonéale et exposait la malade à l'occlusion d'une anse intestinale engagée dans l'ouverture laissée béante ; elle abandonnait dans le vagin l'utérus nu qui se couvrait par la suite de bourgeons et sécrétait des liquides sanieux.

Hâtons-nous de dire qu'actuellement elle n'est plus conduite de la sorte et le procédé employé par tous les chirurgiens et dit de *Schauta-Vertheim*, ferme soigneusement le péritoine et recouvre l'utérus des lambeaux disséqués au début de l'opération dans la paroi vaginale antérieure.

M. Delanglade fait à cette opération le reproche de fixer l'utérus au vagin qui ne peut être capable de le maintenir. « Comme disait Trélat, ajoute-t-il,

on ne plante pas un clou dans une tenture (1) ». Mais ce n'est pas seulement au vagin que l'on fixe l'utérus, c'est à tous les tissus aponévrotiques de la région et ceux là sont réellement solides. Schauta, au Congrès de Saint-Pétersbourg, a appelé son opération « la fixation de l'utérus au septum vésicovaginal (2) » ; il ne peut donc y avoir de doute, les points de suture sont fixés aux tissus de la région qui sont résistants.

L'intervention est très efficace sur la cystocèle, qui ne pourrait se reproduire qu'en s'insinuant entre l'utérus et la symphyse. Si l'utérus est assez volumineux il peut être rapproché suffisamment de la symphyse pour faire pour ainsi dire corps avec elle, et la récurrence est impossible. S'il est trop petit, il peut exister un intervalle entre la symphyse et l'utérus ; on alors doit disséquer et suturer soigneusement les tissus aponévrotiques et les réunir par quelques points à l'utérus.

De plus le col repoussé en haut et en arrière remontera le cul-de-sac vaginal et tendra la paroi vaginale postérieure.

La récurrence après l'opération est très rare, les statistiques établies dans les thèses de MM. Miguët et Peyrin, qui portent sur 800 cas, donnent 88 % de

---

(1) Delanglade, *loc. cit.*

(2) Schauta : Communication au V<sup>e</sup> Congrès international d'obstétrique et de gynécologie. St-Pétersbourg, 1910. *In Presse Médicale*, 1910, p. 771.

guérisons durables. A la clinique gynécologique du Professeur A. Pollosson on a amélioré encore les résultats de l'opération en précisant très rigoureusement ses indications. La statistique personnelle de M. Peyrin (1), est de 23 cas sur lesquels on ne trouve qu'une récurrence très légère de la cystocèle « formant un petit jabot en arrière de la symphyse » et qui fut facilement soulagée par le port d'un pessaire.

La récurrence, quand elle se produit, se fait en général par bascule autour des adhérences créées par l'opération. Elle est impossible si l'on a fait une bonne périnéorrhaphie et si les ligaments utéro sacrés sont robustes. Rappelons que l'on peut compléter l'opération par un raccourcissement de ces ligaments.

La gravité opératoire est nulle. Dans la littérature médicale, on ne trouve que 3 cas mortels. Celui de Doderlein par gangrène, attribuée par ce dernier à l'influence de la position de l'utérus sur la circulation du sang, mais due plus probablement à l'infection, et les deux de Lichtenstein qui trouva à l'autopsie un hématome collecté entre la vessie et l'utérus, et mit la mort sous l'influence d'une embolie.

L'antisepsie vaginale avec une solution étendue de teinture d'iode, écarte tout danger d'infection et l'anesthésie rachidienne améliore encore les résultats de l'intervention, qui est facile, peu traumati-

---

(1) Thèse de Lyon 1911-1912.

sante et très efficace à la fois contre la cystocèle et le prolapsus utérin. « Combinée à une bonne périnéorrhaphie elle a tous les avantages d'une opération vaginale et conduit au but, *cito tuto et jucunde* (1).

---

(1) Tb. H. Van de Valde, de Haarlem. Communication au Congrès de St-Pétersbourg, 1910. *In Revue Médicale*, 1910; p. 771 et suiv.

## CHAPITRE III

---

### **Technique du procédé dit « de la bascule antérieure de l'utérus avec suture des ligaments ronds aux releveurs de l'anus ».**

C'est la constatation de l'efficacité remarquable de la myorraphie antérieure qui amena le Docteur Abadie à concevoir sa méthode opératoire. Cette opération, en effet, inspirée directement des données physiologiques permet aux releveurs de l'anus de remplir leur rôle si important à l'état normal dans la statique utéro-vaginale.

Mais, comme nous l'avons montré dans la description de la myorraphie antérieure, comme on le verra dans les observations que nous publions d'autre part, le prolapsus compliqué de cystocèle est en général accompagné d'atrophie des releveurs. Ceux-ci sont réduits à l'état de bandelettes minces friables et ne peuvent être rapprochés. Pour constituer le

plancher nécessaire au-dessous de la vessie, il faudrait donc les réunir par une attelle.

Cette attelle est fournie par l'utérus et elle a le mérite d'être à la fois solide et élastique et largement suffisante pour remplir l'espace qu'elle doit combler. Mais, du même coup, l'intervention réunit aux avantages de la myorrhaphie ceux de l'hystéropexie vaginale puisqu'elle bascule l'utérus, le fixe en antéverson et par la même remonte le cul de sac postérieur et tend la paroi postérieure du vagin.

Un premier exposé de la technique de l'opération parut dans les « Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie de décembre 1912 » l'auteur citait alors à l'appui de sa description deux observations personnelles. Depuis lors, il eut l'occasion d'appliquer plusieurs fois son procédé et il en précisa certains points, dans la communication qu'il fit au congrès de chirurgie de Paris en octobre 1913. Cette dernière description de sa méthode peut être considérée comme définitive, c'est celle que nous reproduirons ici.

Comme soins préopératoires, il sera utile de réduire le prolapsus, de le maintenir réduit au moyen de tampons de glycérine et de faire garder le lit à la malade. De cette façon là on atténuera au maximum l'œdème et la congestion des tissus.

Si le curettage de la cavité utérine est utile ou si l'amputation du col est nécessaire, nous préférons pratiquer ces petites interventions dans un premier temps. Cela, pour deux raisons : les sérosités qui s'écoulent de l'utérus ou des sections cervicales peu-

vent facilement infecter les lignes de suture, surtout celles qui proviennent de la réfection du périnée postérieur ; les pansements utérins nécessités par le curettage seraient rendus impossibles du fait de l'intervention périnéale.

En tous cas, si l'on fait simultanément l'amputation du col et la bascule antérieure de l'utérus, il sera plus prudent de remettre à plus tard la colpopérinéorraphie postérieure ou de s'abstenir en la faisant de toute colpectomie qui laisserait une ligne de suture sur la paroi postérieure du vagin.

Les grandes lèvres étant écartées par deux pinces, une pince à abaissement attire l'utérus au dehors et l'abaisse vers la gauche le plus possible pour bien établir la paroi vaginale antérieure dans son angle de réflexion droite.

A un centimètre environ en dedans de la branche ischio-pubienne sentie au doigt, incision de 3 à 4 centimètres. D'un coup de doigt ou de l'extrémité mousse des ciseaux courbes, on trouve le releveur, parfois attiré et étalé sur le flanc de la masse utérine. On libère ses deux faces.

Au ras de la branche ischio-pubienne, on passe alors deux ou trois fils de préférence catgut chromé ou de fil de lin qui seront repérés pour plus tard. Continuant l'incision sous le méat, on se porte d'un trait continu du côté gauche pour y découvrir semblablement le releveur antérieur et le charger de deux fils, cependant que l'utérus, d'un mouvement inverse est tiré vers la droite.

Il y a avantage à passer dès le début les fils sur

les releveurs parce que la découverte de ces derniers est d'autant plus facile à ce moment qu'il n'y a nulle infiltration de sang dans les espaces cellulaires.

On dissèque alors la paroi vaginale antérieure derrière l'urètre, puis la vessie que l'on respecte prudemment. Si besoin est, on complète l'incision transversale par une incision verticale descendant vers le col. Contournant la vessie, en clivant entre elle et l'utérus, on relève son fonds pour atteindre le cul-de-sac péritonéal. Ce dernier est ouvert transversalement, sa lèvre supérieure est repérée.

Il faut maintenant explorer utérus et annexes, basculer le corps en dehors. Deux doigts introduits dans l'ouverture péritonéale procèdent à cette exploration que l'on peut rendre plus claire encore en introduisant une valve éclairante de de Ott : c'est l'œil qui vérifie alors l'intégrité des trompes et des ovaires.

Dans notre observation II, nous avons pu constater ainsi l'existence d'un kyste de l'ovaire et l'extraire séance tenante, après ponction, par la brèche péritonéale.

Pour amener par bascule l'utérus en dehors, rien de plus aisé, s'il est petit ; s'il est un peu volumineux, mieux vaut s'attaquer plus particulièrement à l'un des angles ; l'index va accrocher le ligament large et le ligament rond au ras de la corne utérine, amène en avant l'angle que saisira aussitôt une pince.

La même manœuvre permet d'attirer la corne opposée et d'accrocher le fonds utérin. Il sera plus

facile d'y parvenir en refoulant préalablement le col utérin au fond du vagin.

En suturant à la face postérieure de l'utérus la lèvre supérieure du péritoine, on ferme la cavité abdominale. Ceci fait, les fils passés dès le début sur les releveurs sont passés un par un, sous les ligaments ronds correspondants de telle sorte que le plus voisin de la corne utérine soit le plus voisin de la symphyse.

Les fils étant noués, les ligaments ronds se trouvent suturés aux releveurs ; le corps utérin remonte un peu dans la profondeur refoulant au-dessus de lui la vessie. Il ne reste plus qu'à suturer la paroi vaginale en effectuant de préférence une colpectomie qui ne laissera d'étoffe que le nécessaire pour recouvrir l'utérus et obtenir une suture exacte.

Il va de soi que le périnée postérieur doit, soit dans la même séance, soit dans une séance ultérieure être solidement reconstitué. Il n'est pas de traitement d'un prolapsus génital sans ce temps fondamental.

---



## CHAPITRE IV

---

### OBSERVATION I (1)

(N<sup>o</sup> 1885 de la Statistique de M. ABADIE)

N... Narcisse, 53 ans, ménagère, entre dans notre service d'hôpital pour prolapsus génital complet. La station debout suffit en quelques minutes à amener une descente totale de l'utérus hors de la vulve. Le prolapsus est réductible.

Antécédents : 7 accouchements, 2 avortements, une application de forceps lors du premier accouchement.

A l'examen on vérifie l'insuffisance des releveurs de l'anus dans leur partie antérieure, leur relief est peu marqué et l'intervalle qui demeurera entre eux au cours d'une suture antérieure demande à être comblé : c'est alors que nous pensons à interposer l'utérus basculé.

*1<sup>re</sup> opération 16 novembre 1911.* — Rachianalgésie lombaire à la novocaïne pure, 0,08 centigrammes ; bonne analgésie, sauf à la fin de l'intervention ou quelques gouttes de chloroforme sont nécessaires.

---

(1) Déjà publiée in « Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie », décembre 1912.

Nous ne reprendrons pas ici la description de l'intervention, elle est conforme à la technique décrite dans cet ouvrage.

Dans ce premier temps, nous ne nous occupons pas du périnée postérieur.

*2<sup>e</sup> opération 23 décembre 1911.* — Chloroforme, colpo-périnéorrhaphie postérieure avec suture des releveurs de l'anus.

Suites normales.

A la sortie, le résultat des deux interventions est excellent : vagin étroit, périnée postérieur solide, vessie bien soutenue par le corps utérin.

*Suites éloignées.*

Revue en septembre 1912, cette malade ne présente plus aucun symptôme de prolapsus. Le vagin admet deux doigts sur lesquels se sent la contraction des releveurs en arrière et la résistance très nette du corps utérin relevant bien la vessie. Amélioration remarquable de l'état général. La malade a une existence normale de travail actif.

*La malade a été revue pour la dernière fois en septembre 1913. Le résultat s'était parfaitement maintenu.*

## OBSERVATION II (1)

(N<sup>o</sup> 2196 de la statistique de M. ABADIE)

A... Rose, 53 ans, ménagère à Sainte-Barbe-du-Tlélat, nous est adressée par M. le Dr Barthez. Elle entre à l'hôpital d'Oran, le 23 juin 1912.

Mariée à 19 ans, elle a eu 8 enfants, dont 3 sont actuellement bien portants et 5 sont morts à des âges variables de maladies infectieuses. En général, la malade gardait le lit au maximum deux jours après chaque accouchement. La ménopause s'est effectuée vers 40 ans.

---

(1) Publiée in *Arch. mens. d'obstét. et de gyn.* décembre 1912.

D'antécédents pathologiques pas d'autres que le paludisme.

*Maladie actuelle.* Il y a deux ans, la malade a constaté à la vulve une saillie anormale de la grosseur d'un œuf de pigeon, facilement réductible par pression, et qui disparaissait spontanément dans la position couchée. Mais, en position debout, douleurs vagues, gêne à la vulve, parfois rétention d'urines. Parfois douleurs lombaires et dans la fosse iliaque droite.

Depuis un mois gêne très accentuée de la marche, impossibilité de faire le moindre effort ; crises douloureuses.

*Examen.* — Prolapsus génital sans issue de l'utérus hors de la vulve, mais avec cystocèle accentuée. Les deux lèvres du col ne sont pas augmentées de volume, mais sont exco-riées en surface.

*Opération le 27 juin 1912.* Chloroforme. Avec l'assistance de M. le Dr Saint Jean, nous pratiquons, par voie vaginale, la bascule antérieure de l'utérus avec suture des ligaments ronds aux releveurs de l'anوس, suivant notre technique, et nous la complétons aussitôt par la périnéorrhaphie postérieure avec accolement large des releveurs.

Nous noterons seulement :

1<sup>o</sup> Incision transversale ;

2<sup>o</sup> Les releveurs étaient très distants et amincis ; leurs recherche fut assez délicate ; il fut cependant possible de les charger largement de 3 catguts de côté et d'autre.

3<sup>o</sup> Après ouverture du péritoine et bascule de l'utérus, nous avons voulu inspecter les annexes et le bassin avec la valve éclairante de de Ott. Aussitôt, nous avons constaté l'existence d'un kyste de l'ovaire droit du volume d'une orange. D'un coup de bistouri, nous avons évacué ce kyste qui a donné issue à un jet de liquide mellilorme ; diminué de volume ce kyste a été amené facilement au dehors ; pédicule lié et sectionné. Vérification de l'hémostase par la valve de de Ott. Les annexes gauches sont normales. Le

reste de l'opération a été de tous points conforme à notre technique ;

4° Pas de colpectomie.

5° La périnéorraphie postérieure a consisté en décollement recto-vaginal, mise en évidence des releveurs, suture par 4 catguts perdus chargeant à la fois les releveurs et, dans la profondeur, les parois de l'angle dièdre recto-vaginal, afin d'éviter tout clapier, tout espace réservé à un hématome ultérieur, crins cutanés.

Suites normales.

*Résultat.* — A la sortie de l'hôpital, le 17 juillet, nous constatons la solidité du périnée postérieur ; la vulve est rétrécie ; entre le vagin et le rectum, le corps périnéal est maintenant volumineux et résistant. Si l'on explore en avant, on constate que le corps utérin soutient d'autant mieux la vessie située au-dessus de lui que ses deux angles sont solidement attachés contre les branches pubiennes ; le doigt, dans les efforts de toux, vérifie nettement qu'il y a là deux points d'attache solides. En outre, plus profondément dans le vagin, l'isthme et le col utérin vont, dans les efforts de poussée abdominale, s'appuyer en fin de compte sur le périnée postérieur résistant.

La malade proclame spontanément son amélioration : « Avant je ne pouvais marcher sans douleur et j'étais obligée de me garnir de façon continue ; j'étais une impotente. Maintenant je peux même tousser ».

*Revue en septembre 1913, la malade se déclare encore très satisfaite. L'examen local montre que tout est bien demeuré en place.*

### OBSERVATION III

(N° 2416 de la statistique de M. ABADIE)

Mme C..., 47 ans, présente : ptose pariétale abdominale marquée ; vulve béante, cystocèle très marquée ; vessie hors

de la vulve, gros col ulcéré, à droite, en arrière de l'utérus, petite tumeur dure. Les releveurs sont faciles à percevoir, épais, mais distants. Cautérisations du col au Néofilhos jusqu'à retour au volume normal.

*Opération le 23 novembre 1912. — Chloroforme.*

A. Incision en T de la paroi vaginale antérieure, dissection de la vessie, recherche des releveurs délicate, car on les sent peu sous les doigts, on place trois catguts de chaque côté. Ouverture du péritoine : l'exploration de la face postérieure de l'utérus montre petit fibrome du volume d'une noix dont l'ablation est inutile. Bascule antérieure. Un fil de lin est serré sur chaque trompe. Puis on ferme le péritoine en arrière. Les trois catguts de chaque côté sont passés dans les ligaments ronds et serrés. Colpectomie antérieure. Sutures au catgut.

B. Réfection du périnée postérieur sans colpectomie par accollement large des releveurs.

*Suites normales.*

*Actuellement (septembre 1913), la malade vaque sans aucune gêne à ses occupations. L'utérus est bien maintenu à sa place.*

#### OBSERVATION IV

(N° 2551 de la statistique de M. ABADIE)

S..., 62 ans, ménopausée il y a 12 ans, après avoir eu 9 enfants, 2 avortements. Depuis 8 ans, pesanteur dans le bas ventre avec douleurs par la fatigue, la malade sent sa matrice descendre de plus en plus. On constate un prolapsus incomplet, avec utérus à la vulve et cystocèle prédominante.

*Opération le 15 mars 1913. — Anesthésie à l'appareil d'Ombredanne.*

A. Technique habituelle. A noter : la découverte des releveurs a été rapide en se portant de suite en dehors et non

vers l'angle sous la vessie; en outre, en ce point les lacis veineux ne sont plus gênants. *L'endoscopie de de Ott* montre les annexes normales et permet de voir l'appendice descendu dans le Douglas. La suture a été faite avec deux fils de chaque côté. Colpectomie antérieure étendue.

B. Réfection du périnée postérieur sans colpectomie par accollement des releveurs. Suites apyrétiques:

*Actuellement* (16 septembre 1913), le résultat anatomique se maintient parfaitement, vagin étroit, périnée postérieur solide, utérus remontant bien la vessie, bien cachée derrière le pubis.

## OBSERVATION V

(N° 2605 de la Statistique de M. ABADIE)

O..., 57 ans, 11 enfants, dont deux jumeaux, accouchements faciles. Ménopause à 51 ans A 52 ans, pesanteur dans le bas ventre, puis peu à peu saillie à la vulve s'accroissant sans cesse et, par son volume, gênant considérablement la marche et la station debout. On constate un prolapsus utérin complet réductible, mais se reproduisant aussitôt, avec cystocèle prédominante après réduction.

*Opération le 3 mai 1913.* — Anesthésie à l'appareil d'Ombrédanne.

A. Dès le début, colpectomie antérieure en U, puis recherche facile des releveurs sur les côtés, parce qu'on les cherche non pas en haut, mais latéralement. La suite de l'intervention se déroule comme nous l'avons décrite plus haut. Il y a quelque difficulté à suturer le vagin, parce que la colpectomie a enlevé trop généreusement de l'étoffe.

B. Périnéorrhaphie postérieure sans colpectomie. Suites apyrétiques.

## OBSERVATION VI

(N<sup>o</sup> 2634 de la Statistique de M. ABADIE)

Mauresque, 60 ans ; 7 enfants, vivants, un mort-né, deux avortements. Depuis un an, sa matrice descend et apparaît à la vulve, puis fait entièrement et de façon permanente saillie à l'extérieur. On constate un prolapsus génital total, la muqueuse vaginale a perdu ses transversaux, le méat urinaire est agrandi par étirement. Le col est ulcéré, deuxième ulcération sur la paroi antérieure du vagin.

*Opération le 20 mai 1913.* — Anesthésie à l'appareil d'Ombredanne.

A. — Utérus tiré en bas, incision latérale droite pour découvrir le releveur aussitôt accessible, on passe deux catguts. De même de l'autre côté. Puis les deux incisions sont reliées par une incision curviligne passant sous le méat ; deux incisions verticales réalisent une colpectomie antérieure elliptique en V jusqu'au ras du col. Le reste de l'intervention a été décrit plus haut. A noter : après fermeture du péritoine en arrière le refoulement de l'utérus est difficile ; on constate que, dans les angles, les coins de muqueuse ne sont pas assez disséqués et s'interposent entre l'utérus et les releveurs, la correction est aisée. Avant de refouler le col utérin, on commence à fermer la plaie de colpectomie antérieure. Les sutures terminales tirent pas mal sur l'utérus (Néanmoins il n'y aura aucun sphacèle ultérieur).

B. — Colpopérinéorrhaphie postérieure avec colpectomie large. En somme, il reste peu des parois du vagin initial : uniquement deux bandes latérales et qui sont cependant suffisantes à donner un vagin d'ampleur normale.

*Suites :* légère hémorragie obligeant à refaire le pansement le lendemain. Guérison parfaite.

## OBSERVATION VII

(N° 2643 de la statistique de M. ABADIE)

V..., 54 ans, présente un prolapsus génital total permanent et difficilement réductible. En avant, l'utérus, dont la lèvre postérieure est ulcérée, est doublé d'une cystocèle appréciable par sa saillie nettement visible, en arrière une volumineuse rectocèle forme trois gros replis et le plus inférieur est à ce point exubérant et retourné en arrière qu'il masque l'anus.

*Opération* le 27 mai 1913. Anesthésie à l'appareil d'Ombrédanne.

A. — Dès le début, colpectomie antérieure en V, puis recherche latérale des releveurs. Le reste de l'intervention se poursuit normalement. Mais avant de refouler en arrière le col utérin, il faut passer à la seconde partie de l'opération.

B. — Colpopérinéoraphie postérieure par colpectomie très large, puis accollement étendu des releveurs par des catguts chromés soutenus par des fils d'argents rassemblant tous les tissus entre vagin et rectum. Avant de tordre ces fils, on suture les incisions de la colpectomie antérieure dans la moitié de sa longueur, celles de la colpectomie postérieure dans sa totalité. On achève alors le temps A en suturant les ligaments ronds au releveur et fermant les plaies vaginales. Puis on lie les fils d'argent postérieurs.

*Suites* normales.

*Actuellement* (sept. 1913), l'utérus, derrière la symphise, ne fait pas saillie dans le vagin et tient bien en place dans les efforts. Le périnée postérieur est long et solide. Le résultat est excellent.

## OBSERVATION VIII

(N° 2664 de la Statistique de M. ABADIE)

I. . . , 60 ans, six enfants, jamais malade, a, depuis quatre ans, des mictions fréquentes et une pesanteur au bas ventre. On constate un prolapsus génital avec cystocèle mais sans chute de l'utérus au dehors.

*Opération le 7 juin 1913.* — Ether à l'appareil d'Ombredanne.

A. — C'est la mise en pratique aisée et régulière de la technique que nous avons décrite, chaque temps se fait avec une netteté parfaite.

B. — Périnéorrhaphie postérieure sans colpectomie.

*Suites.* — La netteté d'exécution faisait présager les suites les plus bénignes; elles le furent en effet jusqu'à la nuit du cinquième jour. A ce moment apparaissent des symptômes de tétanos et, malgré une injection intra-rachidienne de 20 cc. de sérum antitannique, en vingt heures, la malade est emportée par un *tétanos* aigu.

## OBSERVATION IX

(N° 2779 de la Statistique de M. ABADIE)

V. . . , 44 ans, deux enfants; depuis 4 mois surtout, pertes jaunes abondantes; sent sa matrice qui descend. A l'examen, gros col allongé ulcéré à un centimètre de la vulve; cystocèle légèrement saillante à la vulve. Releveurs faibles.

*Opération le 11 septembre 1913.* — Ether à l'appareil d'Ombredanne.

A. — Amputation du col un peu haute.

B. — Bascule antérieure de l'utérus et suture des ligaments ronds aux releveurs suivant la technique décrite avec colpectomie antérieure cunéiforme.

Suites normales, perd un peu de sang.

*Deuxième opération le 20 septembre.* — Périnéorraphie postérieure par accolement des releveurs au catgut et suture totale à trois fils d'argent. Le *résultat actuel* est bon.

---

## CHAPITRE V

---

### Résultats et indications

Pour établir judicieusement la question de la gravité de l'opération des prolapsus par suture des ligaments ronds aux releveurs, il faut retrancher de parti-pris de la statistique l'observation VIII où un tétanos suraigu emporta la malade en 20 heures malgré l'injection intra-rachidienne de 20 cm<sup>3</sup> de sérum anti-tétanique.

Cette complication, si exceptionnelle que le docteur Abadie ne l'a jamais rencontrée dans le grand nombre d'opérations qu'il lui a été donné de pratiquer, est-elle due à l'acte opératoire ? Sans doute, mais on ne comprend pas comment la malade portait du bacille tétanique au niveau du vagin et on hésite à mettre en cause le matériel, puisque deux hernies opérées le même jour et dans les mêmes conditions ont évolué normalement.

Les huit autres opérations, se sont montrées mani-

festement bénignes, la rachianesthésie a été employée avec succès dans l'observation I et si le docteur Abadie ne s'en est pas servi par la suite c'est que ses effets très inégaux l'ont fait écarter de sa pratique générale. Les suites opératoires ont toujours été très simples et les malades se sont rétablies rapidement.

L'opération est cependant assez longue. Il faut compter pour son exécution de 45 minutes à 1 heure 15 minutes. La recherche des releveurs peut être assez malaisée si on la fait en avant ; elle est très simplifiée quand on la conduit sur les côtés après avoir tracé son incision comme nous l'avons conseillé. L'abaissement de l'utérus peut être difficile, si on a affaire à un organe un peu développé. En accrochant avec le doigt l'insertion des ligaments à l'utérus, on y parviendra assez facilement.

Dans toutes les observations rapportées, le résultat immédiat a été excellent. L'opération est encore trop nouvelle pour que l'on puisse porter sur les résultats éloignés un jugement bien établi, d'autant plus qu'il faut, comme le dit M. Delanglade « être très prudent sur l'affirmation des résultats définitifs, la récurrence pouvant se produire si tardivement que l'on aurait de très bonne foi pu croire à une guérison absolue » (1). Néanmoins la malade de l'observation I a été revue près de deux ans après son opération et le résultat s'était parfaitement maintenu. Celle de l'observation III, opérée le 23 novembre 1912, a été revue en septembre 1913 et elle vaquait sans aucune gêne

---

(1) Communication au Congrès d'Alger, *loc. cit.*

à ses occupations; l'utérus était bien maintenu, bien en place. Celle de l'observation IV, opérée en mars 1913 s'est présentée le 16 septembre de la même année avec un vagin étroit, un périnée postérieur solide un utérus remontant bien la vessie, cachée elle-même derrière le pubis. Celle de l'observation VII, opérée le 27 mai 1913, en septembre de la même année avait un utérus situé derrière la symphyse, tenant bien en place dans les efforts et un périnée postérieur très épais, très solide.

Le résultat subjectif est lui-même excellent, plusieurs malades ont déclaré d'elles-mêmes qu'elles se sentaient vraiment soulagées; celle de l'observation II affirmait : « autrefois j'étais une impotente, maintenant je peux même tousser ».

Ces résultats sont d'autant plus intéressants que le procédé a été appliqué non seulement à des cas peu accentués de cystocèle, mais à des cas complexes de prolapsus génitaux (Observations VI et VII) pour lesquels, outre le Schauta-Weetheim, l'hystérectomie ou la colpectomie totale comme la pratique Müller, eussent seules été efficaces.

Dans ces deux cas, la méthode que nous préconisons a été suivie d'un excellent résultat et a eu l'avantage de laisser à la malade la jouissance de son vagin dont l'aurait privée l'opération de M. Müller et de ne pas l'exposer à l'instabilité de la statique que donne l'hystérectomie vaginale.

*Indications.* — La suture des ligaments ronds aux releveurs est une opération mutilante. L'utérus

basculé en avant est placé dans une situation telle que les grossesses ultérieures deviennent absolument impossibles. Chez les femmes jeunes on ne pourra donc y avoir recours et l'on cherchera à conserver toutes les chances de fécondation possibles en utilisant le pessaire ou une opération qui soulagera la malade sans nuire au bon fonctionnement des organes génitaux.

Si la femme est âgée de 35 à 45 ans, les indications sont très difficiles à poser, surtout si elle a déjà eu de nombreux enfants.

Nous nous permettons d'attirer particulièrement l'attention sur ce point, d'autant plus que, pour certains auteurs, trop attendre est s'exposer à opérer trop tard sur des tissus atrophiés qui n'auront plus une résistance suffisante pour que l'opération soit vraiment efficace.

D'autre part, la grossesse aggrave les prolapsus et ceux-ci sont souvent d'un pronostic défavorable pour la grossesse.

Certains auteurs admettent cependant que la grossesse a sur le prolapsus une influence favorable et, sans parler de l'opinion d'Hippocrate et d'Aristote rappelée par Ambroise Paré, que la grossesse est le meilleur moyen curatif de la descente, on peut rappeler la phrase de Millot : « Il faut conseiller la grossesse qui guérit les malades si elles sont bien soignées avant et après l'accouchement » (1), Pajot

---

(1) Sur l'art des accouchements. Supplément à tous les

affirme aussi que la grossesse améliore certains cas et donne dans d'autres des guérisons radicales et persistantes. Le même fait est confirmé par des observations de Brachet (1), Giraudt (2), Talleu (3), Blumenthal (4), Siredey (5), etc.

Mais tous reconnaissent que cette action bienfaisante ne peut avoir lieu que chez les femmes qui ont la faculté de se reposer et sont très soigneusement surveillées dans le cours de leur grossesse. Dans les autres cas, la puerpéralité sera néfaste, c'est, comme le dit Mme Bohn Roubinowitch, « une arme à double tranchant » et si elle suffit à produire le prolapsus, soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement chez une femme saine, elle doit l'entraîner presque à coup sûr chez celle dont la statique utéro-vaginale a dû être maintenue par une opération chirurgicale.

A notre avis, il faut considérer à part les cas des femmes qui ont un prolapsus dû à une déchirure et celui de celles qui font de la ptôse et ont un relâchement de tous leurs ligaments.

---

traités, tant étrangers que nationaux, 2<sup>e</sup> édition, t. II, pages 249-1809,

(1) *Gazette Médicale de Lyon*, 1857.

(2) *Abeille Médicale*, 1868.

(3) Thèse Paris, 1888-1889. Influence heureuse de la grossesse chez quelques malades.

(4) *Journal de Médecine de Paris*, 1889, p. 105.

(5) Siredey. Observation publiée in thèse Bohn Roubinowitch, Paris, 1912.

Chez les premières, en effet, une opération pourra, sans être mutilante, réduire définitivement le prolapsus, chez les autres celui-ci se reproduira avec tous les accouchements.

Mais nous devons faire surtout entrer en ligne de compte la situation sociale de la malade et quand nous aurons à faire à une ouvrière, qui ne pourra se reposer pendant la grossesse, l'opération la meilleure ne sera pas celle qui respectera le mieux les fonctions de l'utérus mais celle qui réduira le prolapsus avec le moins de chances de récurrence.

Les conseils de Labhardt (1), à ce sujet, nous paraissent pleinement justifiés : « S'agit-il, écrit-il, d'une ouvrière qui a déjà plusieurs enfants, pour lesquels elle travaille durement jour et nuit, gênée et fortement affectée dans son activité par son prolapsus, il s'agit, avant tout, de la mettre à même de remplir son devoir vis-à-vis des enfants existants. Dans ce cas, il faudra fixer solidement l'utérus et l'on pensera à la stérilisation pour qu'un nouvel accouchement ne remette en question l'opération ». S'inspirant de ces idées, Labhardt n'a pas hésité à stériliser 28 multipares âgées de 35 ans et plus et dans la statistique de Sharpnack, on voit cette opération appliquée à quatre femmes ayant moins de 30 ans.

Dans tous les cas, on doit avertir la malade des

---

(1) Labhardt « Ueber der Sterilisierung der Frauen » Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 10 juin 1911, s. 599.

conséquences d'une intervention et on doit se baser sur ses préférences.

La première indication sera donc tirée de l'âge de la malade et, sauf des conditions exceptionnelles, nous n'opérerons par notre méthode que celles qui auront atteint ou dépassé la ménopause.

La seconde indication nous est fournie par la forme du prolapsus. S'il n'y a pas de cystocèle, la thérapeutique nous offre quantité d'interventions très efficaces et suffisantes ; mais s'il y a cystocèle « cette forme de prolapsus la plus difficile à guérir », comme a écrit M. Peyrin dans sa thèse, nous devons avoir recours aux opérations réellement agissantes contre cette complication et alors nous aurons à choisir entre l'opération de M. Violet, dissection et suture des aponévroses, celle de M. Delanglade, myorraphie antérieure, celle de Wertheim et celle de M. Abadie.

*Cystocèle pure.* — Il est des cas où une opération plus simple paraît suffisante, ce sont ceux de cystocèle isolée, associée seulement à l'urétrocèle avec lésions du sphincter urétral et incontinence d'urines disparaissant par le repos. Là, une simple colporraphie antérieure basse sera l'opération de choix.

Si la cystocèle est plus grave, tout en demeurant l'élément unique du prolapsus ou en étant accompagnée seulement d'un allongement du col, il faut la traiter comme une hernie, disséquer les tissus, suturer les aponévroses et réséquer s'il y a lieu la partie hypertrophiée du col. Si les aponévroses ne

sont pas assez résistantes et que l'on ait de bons releveurs, on peut faire une myorraphie antérieure.

*Cystocèle et rétroversion.*—A un degré plus avancé; à la cystocèle se joint la rétroversion. L'opération de choix est alors celle qui, du même coup, ramène l'utérus en avant et donne un plancher solide à la vessie. M. Delanglade prétend que la myorraphie antérieure est suffisante pour réduire la rétroversion « car elle repousse en arrière le vagin et le col de l'utérus ». Nous croyons que cette action est pour le moins insuffisante et nous conseillerons d'avoir recours à la méthode de Schauta ou à celle de M. Abadie, qui mettent l'utérus en antéversion forcée tout en rendant impossible la récurrence de la cystocèle. C'est là d'ailleurs la meilleure application de l'hystéropexie vaginale : les ligaments utéro-sacrés sont résistants, un périnée solide peut être constitué, conditions essentielles d'un bon succès opératoire.

*Cystocèle et prolapsus utérin.* — La cystocèle peut enfin être accompagnée d'un prolapsus utérin. Ce sont là les cas les plus complexes, ce sont ceux des femmes âgées à tissus atrophies. Il faut alors rechercher une opération simple et rapide, qui ne choque pas trop la malade et l'on a moins à s'inquiéter de la mutilation subie; la vie génitale étant éteinte. L'opération de choix est donc la moins dangereuse et la plus efficace.

Ferons-nous alors l'hystérectomie vaginale. Nous avons vu qu'elle n'est pas suffisante pour corriger la

cystocèle et nous la réserverons à ces tumeurs volumineuses, faisant saillie en dehors de l'orifice vulvaire au centre desquelles se trouve l'utérus, coiffé de toutes parts par la muqueuse vaginale sèche, d'une coloration violette bleuâtre et complètement irréductible; à ces prolapsus que le professeur Pozzi appelle « de vieilles hernies qui ont perdu droit de domicile ».

On ne peut songer non plus à faire la myorrhaphie antérieure. Non seulement elle ne répondrait qu'à un côté de la question et n'agirait que sur la cystocèle, mais, en outre, elle serait impraticable avec les muscles atrophiés qui se présentent.

Le Schauta Wertheim est plus indiqué, cependant le relâchement des ligaments utéro-sacrés, le mauvais état des tissus peut faire craindre une récurrence de la procidence utérine et l'on est dans l'alternative ou de s'exposer à la récurrence de la cystocèle avec l'hystérectomie, ou à celle du prolapsus utérin avec l'inclusion inter-vésico-vaginale. On peut, il est vrai, exécuter le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés, mais c'est une opération qui n'est pas encore entrée dans le domaine de la pratique courante.

Nous croyons que l'opération d'Abadie donnera alors pleine satisfaction. La recherche systématique des relèyeurs de l'anus, leur union avec le corps utérin par des bons points de suture amène l'utérus et les relèyeurs à former un bloc musculaire qui nous paraît devoir être très solide et oblitérer parfaitement l'espace à combler. Cette oblitération sera

rendue encore plus complète par une bonne myorrhaphie postérieure et l'utérus devient solidaire des insertions des releveurs qui seront suffisamment résistants pour tout maintenir en place.

A condition que le prolapsus ne soit pas irréductible, l'opération est encore indiquée même dans les cas (observation VII) de prolapsus total avec utérus faisant entièrement et de façon permanente saillie à l'extérieur. Là aussi elle a donné de bons résultats.

Si nous sommes en présence de tissus cancéreux, l'hystérectomie est évidemment indispensable; si l'utérus est fibromateux, on peut faire tout même l'opération que nous préconisons, puisque chez des femmes âgées on peut compter sur la regression des tissus; s'il s'agit de petits myomes on peut les énucléer par voie vaginale au cours de l'intervention.

La présence de lésions annexielles n'est pas une contre-indication. Rien n'est plus facile que de les exciser par la voie vaginale au cours de l'intervention. Ces lésions sur lesquelles le toucher ne donnait peut être pas des renseignements suffisants, ne peuvent passer inaperçues si l'on emploie, la valve éclairante de de Ott (voir observation II). Nous rapportons un cas où un kyste de l'ovaire perçu par ce procédé fut, après ponction, très facilement amené au dehors.

Si l'utérus est fixé en rétroversion par des adhérences, nous ne pouvons le basculer, c'est là une contre-indication formelle. Aussi, avant d'opérer est-il indispensable de constater la réductibilité de l'utérus.

On peut, comme le conseille le professeur Pollosson, l'apprécier très facilement au moyen de l'hystéromètre ; elle doit être obtenue par le simple poids de l'instrument.

Comme soins post-opératoires nous pourrions conseiller à la malade la culture physique et le massage. Quelques auteurs attachent une très grande importance à cette thérapeutique « qui est admirable par ses résultats, guérit à elle seule un certain nombre de prolapsus, quand elle ne les guérit pas rend la cure chirurgicale possible, radicale, définitive, en faisant disparaître la graisse, en procurant des plans musculaires très résistants. . . .

. . . . La gymnastique, le massage et le régime seront toujours indiqués après l'intervention pour prévenir les récurrences par insuffisance des tissus (1). »

En résumé « la bascule antérieure de l'utérus avec suture des ligaments ronds aux releveurs » nous paraît indiquée chez des femmes atteignant ou ayant dépassé la ménopause et aux prolapsus génitaux où la cystocèle seule existante ou liée à un prolapsus utérin constitue par elle-même une raison de ne point se borner à refaire un périnée postérieur, mais incite ou oblige à constituer un plancher solide sous la vessie que l'on ne pourra obtenir par la réunion de releveurs trop atrophiés et trop distants.

Chez les femmes jeunes encore atteintes de cys-

---

(1) Victor Pauchet. « Traitement chirurgical des prolapsus de l'utérus et des parois vaginales ». *La Clinique*, 11 juillet 1913, p. 439.

tocèle, on peut essayer d'une opération conservatrice. Nous croyons qu'il vaut mieux temporiser pour pouvoir faire plus tard bénéficier la malade d'une opération radicale et alors la thérapeutique idéale sera l'application d'un pessaire ; ce vénérable soutien de l'utérus, qui est et restera un palliatif nécessaire, qui défiera la critique et survivra à ses détracteurs, comme pour les hernies survivront les bandages en dépit de la cure radicale (1). »

---

(1) Richelot. « Traitement des rétrodéviations utérines »  
*La Gynécologie*, juin 1906, p. 193

## CONCLUSIONS

---

I. — La cystocèle est une hernie produite sous l'influence des lésions des aponévroses de l'étage supérieur et de l'étage inférieur, qui forment au-dessous de la vessie un véritable plancher.

Elle ne pourra donc être traitée que par une intervention qui rétablira ce soutien aponévrotique.

Quand les aponévroses seront trop dilacérées, on pourra songer à interposer à leur place des tissus plus résistants : releveurs de l'anus ou corps de l'utérus.

II. — La myorrhaphie antérieure des releveurs est une opération très satisfaisante ; mais ses indications sont très limitées, car elle demande des releveurs épais, résistants, élastiques.

III. — L'inclusion inter vésico-vaginale du corps de l'utérus donne d'excellents résultats ; nous croyons que l'on peut les améliorer encore en fixant aux releveurs pubo-vaginaux l'utérus basculé en avant. Cet organe est, de la sorte, amarré à des attaches que nous croyons solides et il forme avec les releveurs un bloc musculaire très stable.

VI. — L'intervention que nous proposons à l'inconvénient de rendre toute grossesse impossible ; pratiquée chez des femmes qui n'ont pas atteint la ménopause, elle doit être accompagnée de la stérilisation.

Elle ne sera donc applicable que chez des femmes âgées ; chez des femmes jeunes, à moins d'indications tout à fait spéciales, on préférera avoir recours à une opération moins mutilante ou utiliser l'excellent moyen d'attente qu'est le pessaire.

V. — L'opération de M. Abadie a été exécutée neuf fois par son auteur. Chaque fois, elle s'est montrée d'exécution facile et, sauf dans un cas, où la mort a été due à une complication impossible à prévoir, elle n'a présenté aucune gravité. Les résultats immédiats ont été bons les résultats éloignés paraissent devoir l'être aussi ; il ne lui manque que la consécration d'une plus longue expérience.

*Le Président de la Thèse,*

Aug. POLLOSSON.

VU :

*Le Doyen,*

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 17 janvier 1914.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ  
POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION :

*Le Vice-Président du Conseil de l'Université,*

L. HUGOUNENQ

## BIBLIOGRAPHIE

---

- J. ABADIE (d'Oran). — Du traitement des prolapsus génitaux. *Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie*, décembre, 1912.
- » De la bascule antérieure de l'utérus avec suture des ligaments ronds aux releveurs de l'anus dans le traitement des prolapsus génitaux. Communication à l'*Ass. franç. de Chir.*, octobre 1913.
- ARDILOUZE. — L'hystérectomie abdominale pour le prolapsus utérin. Th. Paris, 1903.
- ARRIZABALGA. — Colpohysteropexie antérieure. Th. Paris, 1894.
- BAZY. — Les résultats éloignés des hystéropexies abdominales. L'occlusion intestinale après l'hystéropexie. *Revue de gyn. et de chir. abdm.* Paris, 1912. XVIII. p. 561-582.
- BERNE. — Observation d'un prolapsus utérin pendant la grossesse. Th. de Lyon, 1891.
- M<sup>e</sup> BOHN ROUBINOWITCH. — Contribution à l'étude des prolapsus génitaux considérés dans leurs rapports avec la puerpéralité. Th. Paris, 1912.
- R. BONNEAU. — Cure radicale des prol. génit. par voie

- abdom. Communic. à la Soc. de Chir. de Paris 5 juillet 1912.
- BORDIER. — Supériorité des opérations sur le vagin et d'une nouvelle opération, en particulier dans le prolapsus utérin. Th. Bordeaux, 1893-94.
- BOUILLY. — Rapport au Congrès Français de Chirurgie. Paris, 1896.
- BOURSIER. — *Précis de gynécologie*. Paris, Doin, 1903.
- BREUILLET. — L'élytrocéle ou entérocéle vaginale postérieure. Th. Paris 1911-1912.
- BROSE. — De l'interposition inter-utéro-vésicale. *Journ. de Chir.*, 1910, t. II, p. 108.
- BUCURA. — Über die plastiche Verwendig des in die Scheide gestürzten Uterus Körpers bei prolapse. *Zeit. f. Geb- und Gyn.* 1901.
- DELANGLADE. — Des prolapsus génitaux. Rap. au Cong. national, d'obst. et de péd. Ve session. Alger, 16 avril 1907. Reproduit in *Ann. de gyn.*, 1907.
- Pierre DELBET. — Périnéorrhaphie par interposition. Communic. à la Soc. de Chir. (19 novembre 1902) In *Gazette Hebdom. de méd et de chir.*, 27 nov. 1902.
- Pierre DELBET ET J. CARAVEN. — De l'hystéropexie isthmique *Revue de gyn. et de chir. abd.*, février 1907. T I.
- R.-L. DICKINSON. — Prolapsus génitaux, leur correction, etc. *The Americ. Journ. of obst. and diseases of Wom. and Child.*, Tome LXII, n° 391 juillet 1910.
- DOLÉRIS. — Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie 25 février 1889.
- « Traitement chirurgical de la rétroversion. Gynécologie, 1897. p. 17.
- DUHRSEN. — Vade mecum de gynécologie, 1894.
- « De l'hystéropexie vaginale. *Annales de gynécologie*, 1899.
- DUPONT. — Résultats éloignés de l'hystéropexie isthmique. Bull. et Mém. de la Société des anatomistes de Paris, 1912.

- DUVAL ET PROUST. — « Technique de la suture des releveurs de l'anus au cours de la périnéorrhaphie ». *Presse Médicale*, 22 novembre 1902.
- FAIVRE. — Contribution à l'étude du prolapsus gravide. Th. Paris, 1890.
- FARABEUF. — Les vaisseaux sanguins des organes génitaux urinaires. p. 32.
- FAURE ET SIREDEY. — Traité de gynécologie médico chirurgicale, 1911.
- FERRY. — Thèse Paris, 1906.
- FORGUE. — Précis de pathologie externe, 3<sup>e</sup> édition, t. II, p. 69
- H. FREUND. — Uber modern prolapsopérotation. *Cent. f. gyn.* 1901, p. 441.
- W. A. FREUND. — Naturforscherversammlung. Frankfurt. *Centralblatt. f. gyn.* 1894, n° 40.
- R. FREUND. — Un cas de grossesse malgré la stérilisation tubaire. Cranioclasie sur enfant mort. *Société de gynécologie de Berlin*, juin 1910.
- FRITSCH. — Prolapsopérotation. *Cent. f. gyn.*, 1900, n° 2.
- H. FUCHS. — Uber eine neue Methode der Cervix-Verkündigung mit Echarltung der vaginal-portion. *Beitr. Bd. III.*
- » Zur plastischen Verwendung *Monatschrift f. geb und gyn.* 1905.
- GIACARDY. — Thèse, Lyon, 1911.
- GRAF. — Du prolapsus congénital. *Journal de Chirurgie*, 1912, p. 213.
- GUÉNARD. — De la cure des grands prolapsus génitaux par la méthode de Bouilly et de l'hystéropexie obturatrice (procédé de l'auteur). Th. Paris, 1902-03.
- HARTMAN ET DU BOUCHET. — Hystérectomie vaginale dans le traitement de la chute de l'utérus. *Annales de gyn.* 1894.
- HEIDENHAIN. — Prolapsus et rétroversion. *Journal de Chir.*, 1911, t. II, p. 220.
- » Sur une nouvelle opération pour prolapsus. *Journ. de Chir.*, 1909, t. II, p. 348.

- HITELSON. — L'opération de Wertheim-Schauta. *Ronssky Vrach*, t. XI p. 1.184. *In Journ. de Chirurgie*, 1912, t. II, p. 520.
- HIVET. — Thèse, Paris, 1901.
- HOFMEIER. — Communication au 7<sup>e</sup> Cong. Int. de gyn. St-Pétersbourg, 1910. *In Presse Médicale*, 1910, p. 771 et suiv...
- HUGUIER. — Mémoire sur l'allongement hypertrophique du col de l'utérus. Paris, 1860. *Mémoires de l'Ac. de Médecine*, 1859, t. XXIII, p. 279.
- JACOBS. — *Central. f. gynæk*, 1895, n° 15.
- JARDIN. — Thèse, Paris, 1901.
- C. JEANNIN. — Valeur comparée des différents procédés opératoires dans le traitement des déplacements utérins. Etude sur les travaux du Congrès de gynécologie de St-Pétersbourg, 1910. *Presse Médicale*, 1910, p. 840.
- JOLLY. — Traitement opératoire du prolapsus complet. *Jour. de Chir.*, 1910, t. I p. 706.
- JOUANY. — Th. Paris, 1900.
- JOYEUX. — Du traitement des prolapsus génitaux par l'hystéropexie. Thèse, Lyon, 1894-95.
- JUVARA. — L'opération de Le Fort. *Presse Médic.*, 14 mai 1910.
- KRONIG ET DODERLEIN. — Opérative Gynækologie, Leipzig, 1909.
- LABADIE, LAGRAVE ET LEGUEU. — *Traité médico-chirurgical de gynécologie*. 3<sup>e</sup> édition 1904.
- LANIQUE. — Hystérectomie vaginale totale appliquée au traitement des prolapsus. Nancy, 1894.
- LAROYENNE. — Traitement du prolapsus par la suspension de l'utérus et de la vessie à la paroi abdominale. *Ann. de gynécologie*, 1900, p. 366.
- LAUWERS. — L'exohystéropexie et le traitement des prolapsus utérins. Communication à la section de Médecine de l'Ac. Royale de Belgique, septembre 1911. *In presse Médicale*, 1912, p. 189.

- LAWRENCE. — Traitement des prolapsus génitaux. *Journal des praticiens*, 1910.
- LE FORT. — Nouveau procédé pour la guérison du prolapsus-utérin. *Bulletin de thérapeutique*, 30 avril 1899.
- LE DENTU ET DELBET. — *Traité de Chirurgie*, t. X, p. 432 et suiv.
- LICHSTENSTEIN. — *Arch. f. gynäk*, Bd. 88, II., t., 2.
- MARION. — De l'oblitération du cul-de-sac de Douglas, dans le traitement de certains prolapsus utérins. *Revue de gyn. et chir. abdom.*, 1909, p. 765, et *Presse Médicale*, 1909, n° 69, p. 616.
- J. MARTIN. — Utilisation plastique de l'utérus dans la cure des prolapsus génitaux. *Revue de Chirurgie*, 1908, p. 243.
- MIGUET. — Contribution à l'étude d'une nouvelle opération sur la thérapeutique des prolapsus utérins. Th. Lyon, 1907.
- MIRANDA. — *Arch. di ost. et gin.*, 1901.
- NEBESKY. — Die ætiologie des utéro vaginal prolapsus. *Archif fur Gynak*, Bd 87, 1909, p. 498.
- OUI. — L'hystéropexie envisagée au point de vue de son influence sur les grossesses ultérieures. Congrès de Rouen, 1904.
- VICTOR PAUCHET. — Traitement chirurgical du prolapsus de l'utérus et des parois vaginales. *La Clinique*, 11 juillet 1913, p. 439.
- PEYRIN. — L'opération de Schauta-Wertheim. Th. Lyon, 1912.
- PIQUAND et RENAUD HUE. — Le releveur pubo vaginal et les prolapsus génitaux. *Revue de gyn. et chir. abdom.*, 1908, t. I, p. 3.
- A. POLLOSSON. — *Revue de gynécologie*, 1905. *Lyon Médical*, 1906. TI., p. 1. 132.
- POTOCKI. — Rapport sur le traitement des prolapsus génitaux. Société obstétricale de France, 14<sup>e</sup> session, 1911.

- POTOCKI. — Un nouveau procédé d'utilisation plastique de l'utérus. *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1911, p. 546-567.
- » Traitement du prolapsus utérin. *Annales de gyn. et d'obst.*, Paris, 1912.
- POZZI et F. JAYLE. — *Traité de gynécologie clinique et opératoire*, 4<sup>e</sup> édition, Paris, Masson, 1905-1907.
- PRIEUR. — Le prolapsus utérin et l'hystérectomie vaginale. Th. Paris, 1894.
- QUÉNU. — *Annales de gynécol. et d'obstétrique*, janvier 1894.
- GIUSEPPE REGGI (Bologne). — Communic. au Congrès de gyn. de St-Petersbourg, 1910. *Presse Médicale*, 1910, p. 771 et suiv.
- REYMOND. — Traitement des cystocèles par fixation vésicale rétro-utérine. Communic. au Cong. de gyn. de Toulouse, 1910. *In Presse Médicale*, 1910, p. 717.
- RICHELOT. — Traitement des rétrodéviations utérines. *Gynécologie*, 1906, p. 193.
- ROUFFART. — Vagino-fixation utérine et trachélorraphie. Communic. à la Société Belge de chirurgie, 23 avril 1910. *Presse Médicale*, 1910, p. 428.
- SAVARIAUD. — L'opération de Müller. *Ann. de gyn. et d'obst.*, Paris, 1906, p. 660-666.
- SCHAUTA. — Chrobak-Festschrift Wien. *Anal. in Cent. f. gyn.*, 1903, p. 1477.
- » Communication au Congrès de Saint-Petersbourg, 1910. *In Presse Médicale*, 1910, p. 771.
- SCHMIT. — Bericht über die in der Klinik Schauta ausgeführten peritonealen Prolapsoperationen mit besonderen Beruchrichtigung der dauer resultate. *In. Cent. f. gyn.*, 1900, p. 1110.
- SHARPERCHACK. — Zur Statistik der Prolapsoperationen. *Cent. f. gyn.*, 1904, p. 434.
- STÖCKEL. — De l'opération de Wertheim-Schauta contre le prolapsus. *Zeitschrift f. Gehürstshulfe*, t. XXI, p. 212. *Anal. in Journ. de Chirurgie*, 1912, t. II, p. 415.

TIREL. — Considérations sur le traitement chirurgical du prolapsus en général et sur le procédé de Wertheim en particulier. Th. Paris, 1905.

TREUB. — Mécanisme et traitement du prolapsus génital, *Revue de Gyn. et Chir. abdom.*, 1911, p. 401.

» Traité des accouchements de P. Bar. Article prolapsus.

TB. H. VAN DE VALDE (Haarlem). — Communic. au Cong. int. de Gyn. de Saint-Pétersbourg, 1910. In *Presse Médicale*, 1910, p. 773.

H. VIOLET. — Les hernies dans la constitution du prolapsus, *Lyon chirurgical*, t. II, p. 439, 710.

» L'utilisation plastique de l'utérus, par inclusion inter-vésico-vaginale dans la cure des prolapsus génitaux. *Revue de gyn. et chir. abd.*, n° 6, décembre 1909.

» Sur la cure de la cystocèle vaginale ou hernie pré-utérine, *Ann. de gyn. et d'obst.*, série 2, août 1910, p. 449.

H. VIOLET ET BONNET. — Contribution à l'anatomie pathologique de la cystocèle vaginale, *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1910, p. 551.

H. VIOLET. — Les formes anatomiques et cliniques des prolapsus. Déductions thérapeutiques. Communication au Congrès de gynécologie, 6<sup>e</sup> session. Toulouse 1910. Reproduit in *Ann. de gyn.*, 1910.

» L'opération de Schauta Wertheim dans la cure des prolapsus génitaux, *Lyon médical*, 22-25 octobre 1911, p. 857-888.

VON FRANQUI. — Contribution à l'étude de l'opération du prolapsus avec quelques remarques sur ses causes anatomiques. In *Journ. de chirurgie*, 1911, t. II, p. 220.

WAGNER. — Une opération pour les grands prolapsus génitaux. *Zentralb. f. gynak.*, XXXVI, n° 28, p. 917, *An. in Journ. de chir.*, 1912, t. II, p. 415.

WERTHEIM. — Zur plastischen verwendung des uterus pro-

lapsen, *Cent. f. gyn.*, 1899, p. 369. *An. in Presse Médicale*, 1899-1900.

ZOLONITSKY. — L'hystérectomie vaginale contre le prolapsus, th. de Paris, 1894.

ZPEIFEL. — Über die vaginalfixatio uteri, *Cent. f. gyn.*, 1890, n° 39, p. 689.







